



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS Y POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 58 CON  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
"MANUEL ÁVILA CAMACHO"

**TESIS**

"INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y PSICOLÓGICA  
EN LA ANSIEDAD DEL EMBARAZO Y SU REPERCUSIÓN EN LA  
DINÁMICA FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UNF NO 58"

**REGISTRO**

E-2020-1503-003

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

presentó:

**VANESSA ORTIZ CONTRERAS**

ASESOR DE TESIS:

**DR. CÉSAR CARLOS LÓPEZ SAGGIA**

COORDINADOR CLÍNICA DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN FAMILIA, IMSS UNF NO 58,  
"SANTA MONICA"

TANCALPAN ESTADO DE MÉXICO 2020



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.

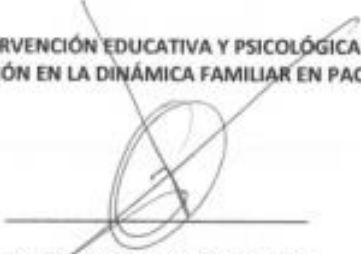
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 16 PONIENTE

HOSPITAL GENERAL DE ZONA  
CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 58  
"MANUEL AVILA CAMACHO"

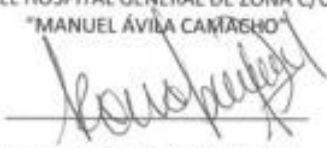
COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIÓN DE TESIS

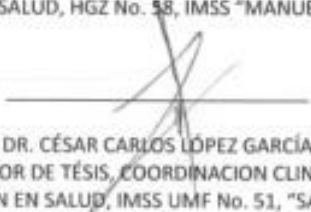
"INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y PSICOLÓGICA EN LA ANSIEDAD DEL  
EMBARAZO Y SU REPERCUSIÓN EN LA DINÁMICA FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UMF 58"




DR. GERARDO VARGAS SÁNCHEZ  
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/UMF No. 58  
"MANUEL ÁVILA CAMACHO"



DRA. ROCÍO BAUTISTA DE ANDA  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD, HGZ No. 58, IMSS "MANUEL ÁVILA CAMACHO"



DR. CÉSAR CARLOS LÓPEZ GARCÍA  
ASESOR DE TESIS, COORDINACION CLINICA E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD, IMSS UMF No. 51, "SANTA MÓNICA"



MÉDICO FAMILIAR  
DRA. MARIA DEL CARMEN HERNÁNDEZ VARGAS  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 58  
IMSS "LAS MARGARITAS"

### AGRADECIMIENTO:

Quiero agradecer a Dios por brindarme la oportunidad de culminar un sueño tan anhelado, por acompañarme en esta etapa de mi vida, que sin duda recordare a cada instante, por iluminar mi camino en momentos inciertos, escucharme en aquellos instantes en que sentía desfallecer, por sostener mi mano y no dejarme caer, pero sobre todo por darme la oportunidad de vivir tan hermosa experiencia.

A mis padres por apoyarme en cada momento, por tener la respuesta correcta en momentos complicados, por escucharme sin juzgar ni cuestionar, por abrazarme a pesar de la distancia, por creer siempre en mí, por celebrar mis triunfos, por educarme con amor, valores y principios.

Un agradecimiento especial a mi esposo **Salvador Pérez Ramírez e hijos Paulina Pérez Ortiz, Naomi Pérez Ortiz y Luis Ángel Hernández Ortiz** por todo su apoyo, comprensión, amor, cuidados, gracias por comprender mis ausencias, por tener un abrazo cuando mas lo necesitaba, por esas palabras de amor, admiración y respeto que me mostraron en todo momento, pero sobre todo gracias por compartir conmigo esta experiencia y por ser mi familia.

Quiero agradecer a la Dra. María del Carmen Hernández Vargas, a la Dra. Roció Bautista de Anda por todas sus enseñanzas, su apoyo y comprensión.

Al Dr. Cesar Carlos López García por ser mi asesor de tesis, por su apoyo, comprensión, paciencia, por compartir su conocimiento conmigo, apoyarme y por tener la palabra indicada en el momento indicado, pero sobre todo por ser un excelente ser humano.

Agradezco infinitamente a la Dra Guadalupe Tlaseca García y Dra Adriana Romero Trigueros por compartir conmigo tan bella experiencia, por su apoyo, por esas noches de guardia, por esos desvelos, por ese abrazo, por esas lagrimas compartidas, por esas sonrisas, por formar parte de mi vida, pero sobre todo por permitirme formar parte de la suya.

Mi agradecimiento al Instituto Mexicano del Seguro Social, por brindarme la oportunidad de formar parte de esta familia, por fomentar el amor a mi especialidad, colaborar en mi formación como futuro medico familiar y por el apoyo brindado durante estos años.

## RESUMEN:

### **Título: “Influencia de una intervención educativa y psicológica en la ansiedad del embarazo y su repercusión en la dinámica familiar en pacientes de la umf 58”**

Autores: Dr. Cesar Carlos López García\*\*\*\* Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, Dra. María del Carmen Hernández Vargas \*\*\* Jefatura del Servicio de Medicina Familiar, Lic. María Cristina López Loera\*\* Psicóloga asociada independiente, Vanessa Ortiz Contreras \*Tesisista Residente de Medicina Familiar

Introducción: En el periodo prenatal, existen cambios físicos y emocionales, por el cual atraviesan todas las mujeres gestantes, sin embargo, la ansiedad, es un factor que predispone complicaciones para la madre y el feto, durante el periodo pre y postnatal, por lo que es importante que la embarazada reciba atención educativa y psicológica con la finalidad de disminuir las complicaciones y la morbimortalidad materno-fetal.

Objetivo: Analizar la Influencia de una intervención educativa y psicológica en la ansiedad del embarazo y su repercusión en la dinámica familiar en pacientes de la umf 58

Material y métodos: Estudio sin riesgo para el paciente, ajustado a normas éticas internacionales y la ley general de salud. Enfoque cualitativo, observacional, descriptivo y transversal.

Se lleva a cabo en la unidad de Medicina familiar No 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con pacientes del sexo femenino que se encuentran en el segundo trimestre de embarazo, derechohabiente, adscrito a dicha unidad y llevan su control prenatal en la consulta externa. Mediante el empleo de dos cuestionarios que consta de 40 ítems. y 20 ítems.

Recursos e infraestructura: los recursos empleados no presentan algún costo para la institución y serán cubiertos por los autores.

Experiencia del grupo: amplio conocimiento en la realización de protocolo y registro ante SIRELCIS, y adecuada profundidad sobre el tema a desarrollar.

\*Profesor titular de la Especialidad de Medicina familiar, \*\* Coordinación de educación e investigación de salud, investigador asociado\*\*\* Licenciada en Psicología, externa de la Institución, Investigador asociado, \*\*\*\* Tesisista, Residente de segundo grado de la Especialidad de Medicina Familiar, conocimiento adquirido durante 1 año 6 meses, sobre el control prenatal en la consulta de medicina familiar y la referencia a 3er nivel oportuna ante complicaciones materno-fetales.

## INDICE

AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN .....	4
<b>I.- MARCO TEORICO</b>	
I.1.- Introducción.....	7
I.2.- Epidemiología del Embarazo .....	7
I.2.1.- Mundo.....	7
I.2.2.- América Latina .....	7
I.2.3.-México.....	8
I.3.- Epidemiología de la Ansiedad.....	8
I.4.- Fisiología del Embarazo.....	9
I.4.1. Cardiovascular .....	10
I.4.2. Hematológico.....	10
I.4.3. Renal .....	11
I.4.4 Respiratorio.....	11
I.4.5 Gastrointestinal .....	12
I.4.6. Endocrino.....	12
I.4.7. Dermatológico .....	13
I.5.- Fisiología de la Ansiedad .....	13
I.6.- Ansiedad y Embarazo.....	14
I.7.- Ansiedad y Dinámica Familiar .....	18
I.8.- Intervención Psicológica.....	20
I-9.- Instrumentos .....	21
II.- JUSTIFICACION .....	22
III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
IV.- OBJETIVOS.....	24

IV.1 Específicos .....	24
IV.2.-Generales .....	24
V. HIPÒTESIS DEL TRABAJO.....	24
VI.- MATERIAL Y METODOS .....	24
VI.1.- TAMAÑO DE MUESTRA .....	24
VI.2.- DISEÑO DEL ESTUDIO.....	25
VI.3.-INSTRUMENTO.....	25
VI.4.-GRUPO DE ESTUDIO.....	25
VI.5.- MUESTRA .....	25
VI.5.1.-Criterios de Inclusión .....	26
VI.5.2.-Criterios de exclusión .....	26
VI.5.3.- Criterios de eliminación .....	26
VI.5.4.-Universo.....	26
VII.-METODOLOGIA .....	26
VII.1.-Descripcion del estudio.....	26
VIII.-VARIABLES.....	27
IX.-RECURSOS FINANCIAMIENTO.....	30
IX.1.-ASPECTOS ETICOS .....	30
X.- RESULTADOS .....	32
XI.-. DISCUSION .....	39
XII.- CONCLUSIONES.....	39
XIII.- RECOMENDACIONES.....	41
XIV.- BIBLIOGRAFIA.....	42
XV.- ANEXOS.....	44

## **I. Marco Teórico:**

### **I.1.- Introducción:**

El embarazo o gestación se define como un período durante el que el embrión se desarrolla y crece en el interior del cuerpo de la madre y cuya duración comprende desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto. (1)

La ansiedad puede definirse como un mecanismo adaptativo necesario para la supervivencia humana y que se relaciona con la respuesta a estímulos externos o internos del propio organismo, sin la cual, sería imposible el correcto desarrollo y funcionamiento del ser humano, sin embargo, si la respuesta se prolonga en el tiempo sin estímulos objetivamente presentes, se puede convertir en un estado patológico que se denominará trastorno de ansiedad. (2)

### **I.2 EPIDEMIOLOGIA DEL EMBARAZO:**

#### **I.2.1.-Mundo:**

Con respecto al número de embarazos registrados en el mundo, de acuerdo a Secretaría de la Comunidad del Pacífico: Programa de Estadísticas y Demográfica, reportado en el 2017, los países con mayor número de embarazos son: Nigeria con 7.2 embarazos por mujer, Somalia 6.2 , Mali y Republica Demográfica del Congo con 6 y los países con menor número de embarazos se encuentran: Republica del Corea, Hong Kong Región Administrativa Especial , Puerto Rico con 1.1 embarazos por mujer, España e Italia con 1.3, Polonia y Portugal con 1.4. (3)

#### **1.2.2.-America Latina Y Caribe:**

Respecto a la tasa de fecundidad en América latina y el caribe, el Centro latinoamericano y Caribe de Demografía (CELADE) y la División de Población de la (CEPAL), reportan que la tasa global de fecundidad (TGF) de América Latina y el Caribe en 2015-2020 es estimada en 2,04 nacidos vivos por mujer y por primera vez está debajo del nivel de reemplazo.



La edad media de la fecundidad tuvo una tendencia decreciente en la región entre 1950 y 2000 (gráfico 7) debido a la disminución del número de hijos tenidos por mujeres y tuvo su

valor mínimo en 2000-2005 con 27,0 años. A partir de entonces, empezó a subir y actualmente se observa un valor de 27,3 años, lo que señala que la baja fecundidad viene acompañada por un número mayor de mujeres teniendo hijos en edades más avanzadas. De acuerdo a las proyecciones, se espera que esa tendencia continúe y que la edad media alcance 30,7 años en 2095-2100. (3)

Las TGF más elevadas se observan en Guyana Francesa (3,36 nacidos vivos por mujer de 15 a 49 años), Haití (2,96), Guatemala (2,90) y Estado Plurinacional de Bolivia (2,75). Las TGF más bajas se observan en Puerto Rico (1,22), Santa Lucía (1,44), Cuba (1,62), Barbados (1,62), Chile (1,65), Trinidad y Tobago (1,73) y Brasil (1,74).

América Latina y el Caribe está influenciado, principalmente, por países con mayor número de mujeres en edades reproductivas (15-49 años), como Brasil, México, Colombia, Argentina, Perú, República Bolivariana de Venezuela y Chile, que en conjunto concentran 80% de la población regional de mujeres en este grupo etario. (3)

### **I.2.3.- México:**

Dentro del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG) la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, la tasa global de fecundidad en las mujeres con algún grado de primaria es de 2.82 hijos por mujer, mientras que en las mujeres con algún grado de medio superior y superior es de 1.75 hijos por mujer.

Los estados de México, con mayor tasa global de fecundidad, se encuentran: Coahuila de Zaragoza con 2.5 embarazos por mujer, Chiapas con (2,8), Guerrero con (2.46) y Zacatecas con (2.71) y los países con menor tasa de fecundidad: Baja California con (2) embarazos por mujer, Ciudad de México con (1.34), Querétaro con (1.93). (4)

### **I.3.-EPIDEMIOLOGIA DE LA ANSIEDAD:**

En el documento La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 publicado por la Organización Panamericana de la Salud y La Organización Mundial de la Salud (OMS), se menciona que el campo de la salud mental está evolucionando

rápidamente en el mundo, en particular desde principios del siglo XXI, gracias a la colaboración de organizaciones multilaterales, asociados del ámbito académico, defensores de los pacientes y de los usuarios, y trabajadores de salud mental.

Las enfermedades mentales se consideran cada vez más una prioridad mundial en materia de salud; dada su carga económica, también se las está empezando a considerar una prioridad de desarrollo mundial.

Esta nueva priorización llevó a que se las incluya en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y a un consenso mundial respecto a que la campaña en pro de la cobertura universal de salud debe incluir la salud y el bienestar mentales. (5)

Los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Existe un patrón subregional aún más tangible que con la depresión, con Brasil en primera posición (7,5%); Paraguay (6.8%), Chile (5.5), Argentina (5.4), Colombia (5.3), Belice (5.3), todos los países sudamericanos, salvo uno, muestran una discapacidad por encima del promedio

Por países (4,7%) y del total regional (4,9%); y 8 de los 10 países principales en cuanto a la discapacidad pertenecen a esta subregión. América del Norte se encuentra en el otro extremo del espectro: Canadá muestra la menor discapacidad (3,4%), seguida de México (3,6%) y Estados Unidos (4,1%), también bastante por debajo del promedio y del total regional. (5)

#### **I.4.-FISIOLOGIA DEL EMBARAZO:**

El signo más temprano de embarazo y la razón principal por la cual la mayoría de las embarazadas consultan al médico es la falta de período menstrual. En las mujeres sexualmente activas en edad reproductiva que tienen períodos regulares, una menstruación que se retrasa por  $\geq 1$  semana debe tomarse como signo de embarazo.

Se considera que el embarazo dura 266 días desde el momento de la concepción o 280 días desde el último período menstrual si los períodos se producen regularmente cada 28 días. La fecha de parto se estima según el último período menstrual. Un parto hasta 2 semanas antes o después de la fecha estimada es normal.

En este periodo se presentan cambios fisiológicos, metabólicos y psicológicos en la mujer, que permiten crear un ambiente óptimo para el adecuado desarrollo y crecimiento del bebe. (6)

#### **I.4.1.-Cardiovascular:**

Durante el embarazo se produce un aumento de volumen circulante. Además, existe leve aumento de la frecuencia cardiaca y del volumen de eyección, aumentando como consecuencia el gasto cardíaco. A nivel vascular periférico, existe una disminución de la resistencia vascular periférica (principalmente porque la placenta es territorio de baja resistencia) y de la presión arterial. Los rangos de presiones oscilan entre 80/50 mm Hg y 100/60 mm

Por estos cambios, la embarazada suele manifestar palpitaciones y en ocasiones lipotimia (por hipotensión ortostática). El edema es un síntoma frecuente en el embarazo. Este se localiza principalmente en los miembros inferiores, aunque en ocasiones es generalizado. (6)

#### **I.4.2.-Hematológico:**

El volumen sanguíneo aumenta en un 60% durante el embarazo. El aumento de la volemia se inicia precozmente durante la gestación, alcanzando su mayor nivel a las 26-28 semanas. En el embarazo se considera indispensable esta hipervolemia para cubrir las necesidades de oxígeno y soportar el aumento de la demanda sanguínea del útero, con su sistema vascular hipertrofiado y de baja resistencia. A nivel de células sanguíneas se observa disminución de las plaquetas y aumento de la masa de eritrocitos y leucocitos en un 30%. El mayor aumento del volumen plasmático respecto de la masa eritrocitaria hace que se genere un estado de "anemia fisiológica". Los valores mínimos de hematocrito normal en el embarazo son: primer trimestre 33% (hemoglobina 11 mg/dL), segundo trimestre 30% (hemoglobina 10 mg/dL) y tercer trimestre 33% (hemoglobina 11 mg/dL). También se producen alteraciones en los niveles de factores de la coagulación. Aumentan los factores VII, VIII, IX, X y I, no se alteran los factores II, V y XII, y disminuyen los factores XI y XIII. Los sistemas anticoagulantes del plasma (antitrombina III, proteína C y proteína S) están reducidos. Todo lo anterior explica que durante el

embarazo exista un estado de hipercoagulabilidad y un consecuente mayor riesgo de enfermedad tromboembólica. El riesgo de tromboembolismo en la población general es de 1/10.000 y en mujeres embarazadas 1/1.000. El periodo de mayor riesgo es el puerperio. (6)

#### **I.4.3.-Renal:**

Las modificaciones que se producen se deben en primer lugar al aumento del flujo renal, determinando un pequeño, pero significativo aumento del tamaño renal (1-1.5 cm). Asimismo, es posible observar dilatación de la pelvis renal y de los uréteres. La dilatación de la vía urinaria se debe en primer lugar al efecto de la progesterona, la cual induce hipotonía del músculo liso ureteral. Todos estos mecanismos contribuyen a la dilatación de la vía urinaria y la estasia urinaria característico del embarazo. El aumento del flujo plasmático renal determina consigo un aumento de la filtración glomerular (clearance de creatinina mayor a 120 mL/min).

El aumento de la filtración glomerular hace que muchas embarazadas presenten glucosuria (sin ser diabéticas) y proteinuria (el límite normal de proteinuria en la embarazada es 300 mg en 24 horas. Durante el embarazo existe un mayor riesgo de infección urinaria, tanto baja como alta. Este aumento de riesgo se debe a cambios \* fisiológicos que promueven el desarrollo de microorganismo en el tracto urinario: glucosuria, estasia por dilatación de la vía urinaria, pH alcalino por mayor secreción de bicarbonato y disminución de IgA secretora de la mucosa vesical. (6)

#### **I.4.4.- Respiratorio:**

Durante el embarazo el consumo de oxígeno aumenta en aproximadamente un 20%, un tercio del aumento es necesario para el metabolismo fetal y placentario, el resto es utilizado para los procesos metabólicos aumentados de la madre, fundamentalmente para la filtración, excreción y reabsorción aumentadas del riñón. Asimismo, se produce un aumento en la frecuencia respiratoria, disminución de la resistencia de la vía aérea y una caída asociada de la pCO<sub>2</sub>. Se estima que los cambios ventilatorios ocurren en el embarazo por acción de la progesterona, la cual estimula directamente al centro respiratorio y su sensibilidad al CO<sub>2</sub>. Mediante la excreción de bicarbonato en la orina, el riñón compensa la alcalosis respiratoria que se genera al disminuir la pCO<sub>2</sub>. Además de los cambios ventilatorios secundarios a la progesterona, existen cambios de tipo mecánico secundarios al crecimiento uterino y el desplazamiento de las vísceras abdominales hacia la parte superior del abdomen. El cambio mecánico consiste principalmente en un aumento

de la respiración costal. Debido a estas adaptaciones respiratorias, las embarazadas suelen referir dificultad respiratoria, "falta de aire", necesidad de "dormir sentada" y cansancio en general. (6)

#### **I.4.5.-Gastrointestinal:**

Los niveles elevados de progesterona inducen una disminución de la motilidad del estómago, intestino delgado e intestino grueso. Esta disminución de la motilidad es causa de síntomas como distensión abdominal y constipación, muy habituales en el embarazo. Durante el embarazo disminuye el tono del esfínter esofágico inferior (EEI), de modo que el reflujo gastroesofágico está presente en prácticamente todas las mujeres embarazadas, el síntoma principal es la pirosis.

En algunas mujeres existe disminución en la función de la vesícula biliar, aumentando el riesgo de litiasis sintomática. El aumento en los niveles de colesterol es considerado normal en mujeres embarazadas. (6)

#### **I.4.6.-Endocrino:**

Páncreas. En el primer trimestre se produce una hiperplasia de islotes pancreáticos, con aumento de la secreción de insulina, y aumento de la utilización periférica de glucosa, todo ello ocasiona una reducción de la glicemia de ayuno los primeros meses de embarazo. En el 2º y 3er trimestre en respuesta a la hormona lactógeno placentario, se produce aumento de la resistencia periférica a la insulina. Las mujeres sanas logran compensar la resistencia a la insulina mediante niveles mayores de esta hormona. Aproximadamente un 10% de embarazadas no logran esta compensación y desarrollan diabetes mellitus gestacional (DM). Se produce un aumento de volumen y producción de células lactótopas, encargadas de la producción de prolactina. Este crecimiento hipofisario del embarazo es la base del síndrome de Sheehan, cuadro caracterizado por un hipopituitarismo post-parto producto de la necrosis por hipoperfusión hipofisaria, secundaria a shock hipovolémico en el contexto de hemorragia excesiva durante el parto. Tiroides: La paciente sana se mantiene eutiroides durante el embarazo, sin embargo, existe aumento de proteína

transportadora de hormona tiroidea (TBG). Como consecuencia, la T4 libre se mantiene en rangos normales a expensas del aumento de T3 y T4 totales. El control de laboratorio de la función tiroidea debe hacerse por tanto TSH y T4 libre. Los síntomas del embarazo

pueden simular un hipo o hipertiroidismo, por lo que en caso de duda deben medirse niveles de estas hormonas. (6)

#### **I.4.7.-Dermatológico:**

El aumento de los niveles de estrógenos, progesterona y MSH contribuye con los cambios de pigmentación, aunque la patogenia exacta se desconoce. Estos cambios incluyen

- Melasma (cloasma, máscara del embarazo), que es la pigmentación marrón en forma de manchas en la frente y las eminencias malares
- El oscurecimiento de las areolas mamarias, las axilas y los genitales
- Línea negra, una línea oscura que desciende en la línea media del abdomen

En general, el melasma debido al embarazo retrograda dentro del año.

Aumenta la incidencia de los angiomas aracniformes (telangiectasias aracnoideas), en general solo encima de la cintura, y de capilares dilatados de paredes delgadas, en especial en las piernas. (6)

#### **I.5.- FISILOGIA DE LA ANSIEDAD:**

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, las familias y la sociedad. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requerirá tratamiento médico en algún momento de su vida. (7)

La ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir situaciones que nos afectan y en las que tenemos algo que ganar o perder. La ansiedad puede ser desencadenada por situaciones externas o estímulos internos, evocando respuestas y modificaciones en cognición, fisiológicas y de conducta. Cuando la ansiedad se torna patológica aparece el trastorno de ansiedad, que se puede

conceptualizar como ansiedad de rasgo o de estado, lo que influye en el comportamiento de los individuos. (8)

La ansiedad como rasgo es una característica de personalidad relativamente estable que se presenta a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, se considera como la tendencia que posee el individuo para percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes, reaccionando de manera ansiosa, sobrevalorando los riesgos y minimizando los recursos que posee para hacer frente a ellas. La ansiedad como estado

hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo, se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión, así como por una hiperreactividad del sistema nervioso autónomo que puede variar en el tiempo y fluctuar en intensidad. Un individuo con un nivel elevado de ansiedad rasgo, presenta por regla general una ansiedad estado también elevada. (8)

### **I.6.-Ansiedad y embarazo:**

En la década de los 80 se conceptuaba que el embarazo se asociaba particularmente con un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien por primera vez cuestionó esta premisa, lo cual marcó el inicio de una serie de investigaciones en las patologías mentales de las embarazadas y las repercusiones que tienen sobre la madre y sus hijos (9)

La Organización Mundial de la salud (OMS) en su Declaración de Fortaleza, dictó, las principales recomendaciones de lo que debía ser la atención a la maternidad en todo el mundo. Atención centrada en la premisa de que los factores sociales, emocionales y psicológicos eran fundamentales y complementaban una atención perinatal de calidad (Organización Mundial de la Salud, 1985). (10)

El estado emocional de la mujer varía en función del periodo de gestación; durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación, los niveles de depresión y ansiedad son más bajos que durante el segundo periodo de gestación. Una posible causa, y por ende explicación médico clínica, es que durante el primer trimestre el estado de gestación es

apenas perceptible, incluso en la mayoría de los casos es a partir del segundo y tercer mes que la mujer es informada de su nuevo estado. (11)

Por otra parte, es durante el segundo trimestre de gestación, cuando comienzan a tener lugar los cambios físicos como consecuencia del embarazo y la futura madre debe aceptar esos cambios y afrontar su nueva condición biológica y social; es enfrentar, y enfrentarse a sí misma, suele ir acompañado de respuestas de ansiedad y conductas depresivas, pero una vez adaptada a su nueva condición, las contradicciones de los cuadros depresivos y de ansiedad paulatinamente disminuyen. (11)

Los síntomas de ansiedad y los trastornos de ansiedad se asocian con un riesgo aumentado de preeclampsia y de fetos con bajo peso al nacer. El estrés psicosocial está altamente relacionado y aumenta los síntomas de ansiedad y los ataques de pánico en las madres. Los hijos de madres con ansiedad y depresión durante el embarazo tienen riesgo elevado de déficit atencional, inmadurez psicomotora, hiperactividad, desordenes conductuales y ansiedad durante la niñez. (11)

El apoyo familiar, la relación médico paciente y la psicoterapia son los tres pilares del tratamiento que pueden evitar el uso de antidepresivos en la mayoría de pacientes. Lo anterior tiene como objetivo identificar de manera inmediata y concreta las características socioculturales como posibles factores de riesgo en la presencia de la depresión en mujeres en etapa perinatal; que el personal de salud considere los posibles factores de riesgo para que de esta manera, al identificar un posible ambiente socio-cultural nocivo y, por consiguiente propicio para la presencia de la depresión, canalice a las pacientes a los servicios de salud mental, y por último, que se busquen estrategias para diseñar medidas preventivas ante este serio problema de salud pública (11)

Las madres con factores de riesgo sanitario, social y familiar tienen mayor probabilidad de presentar depresión o ansiedad, y las menores de 19 años tienen mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad, comparadas con las mayores de 25. Situaciones como tener bajos ingresos económicos, estar soltera o no tener pareja, estar desempleada o desescolarizada, tener más de tres hijos, hallarse en los dos primeros trimestres de la gestación, tener antecedente personal o historia familiar de depresión o trastorno afectivo bipolar (TAB), haber sido maltratada en la infancia, tabaquismo, relación de pareja disfuncional, antecedentes de personalidad ansiosa, y ser víctima de violencia doméstica son factores de riesgo para síntomas depresivos durante la gestación. (12)



El periodo prenatal es un periodo crítico para los cambios epigenéticos, ya que el feto posee una adaptación fisiológica a las características del ambiente intrauterino en el que se está desarrollando, proceso denominado "programación fetal. Una de las consecuencias primarias del estrés tóxico experimentado por la madre durante el embarazo es la desregulación del eje HPA en el feto en formación. En casos de estrés extremo y crónico durante el embarazo y los primeros años de vida, la desregulación de los niveles de cortisol puede afectar las regiones del cerebro implicadas en el miedo, la ansiedad y la respuesta impulsiva, lo que puede generar una sobreproducción de conexiones neuronales; mientras que las regiones dedicadas al razonamiento, la planificación y el control del comportamiento pueden producir un menor número de conexiones neuronales. (13)

Se han barajado variadas hipótesis respecto del mecanismo por el cual actúa el estrés tóxico a nivel fetal, como la que plantea que el estrés produce la activación del sistema simpático-adrenérgico, y si bien la noradrenalina parece no cruzar la placenta, puede afectar indirectamente al feto a través de contracciones, o por un flujo anormal de sangre hacia el útero. Otro mecanismo posible, y en el que hasta ahora la mayoría de las investigaciones se han enfocado, es la hipótesis relacionada con el eje HPA y cómo las hormonas del estrés, específicamente los glucocorticoides (llamado cortisol en humanos), son transmitidas a través de la placenta. (13)

Si bien la mayoría del cortisol es metabolizado a medida que cruza la placenta, esto no impediría que en algunos casos se transmita una cantidad suficiente como para causar un efecto clínicamente significativo en el desarrollo del cerebro del feto. Un mecanismo posible en el traspaso de la hormona es el cambio en las funciones de la placenta, específicamente de la enzima 11b-HSD2, que convierte el cortisol en la inofensiva cortisona. Si la barrera disminuye, el feto se expone a mayores niveles de cortisol. Así, se ha encontrado una correlación negativa entre alta ansiedad y estrés en las madres y los niveles de la enzima 11b-HSD2 en la placenta (Glover 2014; Monk et al. 2012) (13)

El Comité Latinoamericano de Perinatología plantea la importancia de los cuidados preconceptionales enfocados en el asesoramiento a las futuras madres e identificación de los factores de riesgo del proceso reproductivo, con el objetivo de reducirlos a través del control prenatal, sin embargo, en muchas comunidades, más de la mitad de los embarazos no son programados y estas mujeres no pueden acceder a una orientación preconceptional adecuada que les permita afrontar el embarazo en las mejores condiciones (14)

Se ha demostrado que la ansiedad y la depresión antenatal son trastornos psiquiátricos frecuentes y factores de riesgo para padecer trastornos posparto, por lo que resulta

indispensable comprender que la evaluación y control psicológico de la mujer embarazada no debería ser omitido o aislado de la consulta de control prenatal (14).

Los principales factores de riesgo y determinantes sociales asociados con la aparición de estrés tóxico, depresión y ansiedad en el embarazo son: tener un historial de depresión; la falta de redes de apoyo; tener historial de violencia doméstica o abuso; el bajo nivel educacional y pobreza.

Una mala relación de pareja; sufrir eventos traumáticos durante el embarazo, tales como desastres naturales, muerte de algún familiar o separación o divorcio durante el embarazo; estrés laboral prolongado y malas condiciones laborales; embarazo no deseado, complicaciones o pérdidas en embarazos previos; y abuso de sustancias, ya sea

antes o durante el embarazo. La calidad de la relación de la mujer con sus padres también es un factor de riesgo, sobre todo si hay un historial de abuso (13-14)

Un diagnóstico oportuno es clave para poder identificar mujeres con alto riesgo, pero no necesariamente sintomáticas, y ofrecer en esos casos intervenciones preventivas. Los eventos traumáticos de la madre pueden ser a la vez los primeros eventos traumáticos que experimenta el bebé antes de nacer. Para esto es necesario, durante los controles de rutina del embarazo, hacer una pesquisa de los antecedentes y presencia de eventos traumáticos en la madre y también un diagnóstico precoz de sintomatología asociada al estrés, ansiedad y depresión. La literatura plantea que lo óptimo es medirlo más de una vez, ya que habría muchas mujeres que presentan síntomas de depresión y ansiedad en diferentes momentos del embarazo (14)

El apoyo social es un concepto multidimensional que incluye el brindar apoyo práctico, emocional y de información y consejos. El embarazo surge, así como un periodo emocionalmente crítico, pero que, a la vez, es una ventana de oportunidad para las intervenciones psicosociales, sobre todo si se considera que en el periodo prenatal los padres suelen estar motivados para buscar el bienestar del niño o niña y reducir los efectos de las disfunciones familiares. (14)

Algunos estudios reportan que las gestantes con altos niveles de estrés psicosocial parecen tener un 25-60% de más riesgo de prematuridad; factores estresantes psicosociales como los grandes acontecimientos vitales negativos (muerte o enfermedad crónica de un familiar) y catastróficos en la comunidad (desastres, terremotos, terrorismo), eventos crónicos estresantes, depresión, ansiedad en general y la específica del embarazo, percepción de seguridad, de discriminación y pobre apoyo social. (15)

Concretamente, la condición de pequeño para la edad gestacional (PEG) se define como la de aquel niño que tiene un peso fetal estimado para su edad gestacional por debajo del percentil 10, sin ninguna alteración en la ecografía Doppler de la arteria umbilical ni en el territorio vascular cerebral. Entre las consecuencias de ser un PEG durante la etapa neonatal figura un mayor riesgo de muerte fetal, asfixia, parálisis cerebral, resultado neurológico adverso o alteraciones endocrinas, aumentando este riesgo en los fetos que tienen un peso por debajo del percentil 3.

Por otro lado, cada vez más estudios demuestran que el RCIU tiene efectos negativos en el neurodesarrollo futuro del niño, específicamente en el temperamento y el comportamiento. (16).

En definitiva, durante el embarazo la mujer se enfrenta a una transformación profunda en un tiempo limitado y a cambios que generan numerosas y progresivas necesidades. Es una etapa de estrés en la que las características personales determinarán un buen número de reacciones. Las mujeres con más ansiedad, neuroticismo, vulnerabilidad, depresión, autoestima baja, insatisfacción con la pareja y falta de apoyo social son quienes manifiestan mayores niveles de ansiedad relacionada con el embarazo y temor al parto (Rouhe, Salmela-Aro, Gissler, Halmesmäki y Saisto, 2011; Saisto, Salmela-Aro, Nurmi y Halmesmaki, 2001) (17)

### **I.7.- ANSIEDAD Y DINAMICA FAMILIAR:**

La influencia de aspectos psicosociales, tales como los socioeconómicos (empleo, pobreza y trabajo doméstico), psicológicos (eventos de vida y aislamiento social), presencia de estrés por conflictos de pareja (eventos de la vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo o enfermedades), apoyo social (de la pareja, de amigos, familiares y número de amigos) , dificultan la adaptación de la mujer en su nuevo estado y le causan conflictos, al incumplir las exigencias del exterior que impactan en su estado emocional, y generan manifestaciones ansiosas y depresivas.

La aparición de emociones, sentimientos de culpa y fallas pueden complicar la evolución y contribuir al nacimiento de un bebé antes del término, lo que puede llevar a un momento de crisis para la familia, que produce cambios psíquicos en el hombre y la mujer que serán padres.

Al ser importante conocer la dinámica familiar durante el embarazo, en nuestro medio contamos con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y el subsistema conyugal. (18)

La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida.

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes. Esta estructura puede corresponder a alguno de los siguientes tipos de

familia: Familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar); familia nuclear (padres y sus hijos); familia nuclear con parientes próximos (en la misma localidad); familia nuclear sin parientes próximos; familia nuclear numerosa; familia nuclear ampliada (con parientes o con agregados); familia monoparental (un solo cónyuge y sus hijos); familia reconstituida (formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo habido de una relación anterior); personas sin familia (persona que vive sola); equivalentes familiares (personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional) (19)

Las fases del ciclo de vida familiar suponen nuevos y diferentes roles, que, de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, complicarse con problemas de salud mental o trastornos mentales (ansiedad, depresión, fobias, entre otros). Son numerosos los trabajos relacionados con la psicopatología que incluyen variables donde está implicada la familia.

Cuando el funcionamiento familiar se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno).

La dinámica familiar es un concepto ligado al funcionamiento familiar, que es definido según el enfoque sistémico como el proceso de interacción entre los miembros que están ligados por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones de cada miembro; actuando así, tanto fuerzas positivas como negativas que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural llamada Familia. (19)

Los factores relacionados con la familia podrían actuar como factores causales en el caso de síntomas reactivos, pero como factores desencadenantes o mantenedores en el caso de los trastornos ansiosos y depresivos (que presentan una gran predisposición biológica). El impacto en cada familia puede ser diferente y estar asociado con otros factores psicosocial.

Es importante lograr una relación terapéutica de colaboración que genere en la familia un sentimiento de control realista y favorezca la movilización de las capacidades del sistema para que promueva la mejoría. Esta idea permite que el sistema muestre apertura y considere que existen formas de funcionamiento más eficaces que las que tienen hasta ese momento. (19)

#### **I.8.-INTERVENCION PSICOLOGICA:**

Creemos que mediante intervenciones psicológicas (desde cualquiera de sus modelos) se pueden prevenir o mitigar los efectos adversos prenatales y posnatales en aquellos casos en los que la ansiedad materna los produzca. Por ejemplo, un adecuado desarrollo del vínculo de apego es un potente amortiguador de los efectos de la ansiedad prenatal (Bergman, Sarkar, Glover y O'Connor, 2010). Algunos investigadores y clínicos (e.g., García-Dié y Placín, 1999) manifiestan la necesidad de una atención multidisciplinar en todo el proceso de "maternización", de manera que la atención obstétrica, neonatológica y psicológica vayan unidas desde el embarazo hasta la crianza. (20)

Creación de nuevas redes sociales y espacios de apoyo. Como punto final, es preciso tener en cuenta la repercusión en la salud física y mental del apoyo social percibido durante el embarazo. Los datos indican que las madres se benefician de los grupos de apoyo madre a madre y de los espacios de encuentro que permiten la expresión de los sentimientos, vivencias y temores propios de esta etapa; como resultado, estos grupos adquieren una importancia significativa en la transición a la maternidad y en el periodo post-parto. (21)

Esta intervención dirigida igualmente a población de riesgo y vulnerabilidad psicosocial (madres adolescentes con historia de trauma) trabaja desde un enfoque interdisciplinar (enfermera y trabajador social), por medio de la psicoterapia basada en la mentalización buscando una mejoría en la capacidad reflexiva de las madres (Alhusen et al., 2013; Slade et al., 2005). (21)

Es necesario, por lo tanto, desarrollar estrategias e intervenciones para impedir tanto las consecuencias evidentes de los abusos como los impactos en la salud mental de las mujeres. Sin embargo, no fueran encontrados, en la literatura científica nacional e internacional, estudios realizados en América Latina de la relación entre el trastorno de estrés postraumático, ansiedad estado-rasgo, ansiedad-estado y la violencia en la pareja ocurrida durante el embarazo. (22)

### **I.9.-INSTRUMENTOS STAI DE RASGO Y ESTADO:**

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) es un instrumento creado y utilizado para evaluar ansiedad en dos dimensiones; ansiedad estado y ansiedad rasgo (Spielberger, 1966).

En 1970 se desarrolla la primera versión comercial del State Trait Anxiety Inventory (STAI). Este cuestionario se ha citado en más de 14 000 documentos de archivo y adaptado a más de 60 idiomas.

En las diferentes investigaciones se ha demostrado que el STAI tiene una fiabilidad y una validez adecuadas. Estas características se mantienen en la adaptación española, que cuenta con una fiabilidad elevada, una correcta validez discriminante. (23)

El STAI sigue siendo todavía el instrumento más utilizado por los psicólogos en España. Así, según un estudio publicado en 2010 y realizado con una muestra de 3126 miembros de los colegios oficiales de psicólogos de España, el STAI era el séptimo test más utilizado por los psicólogos españoles en su práctica diaria y el primero entre los dedicados específicamente a la evaluación de la ansiedad. (24)

### **INSTRUMENTO FACES III:**

Olson y colaboradores en un intento de estructurar el confuso panorama conceptual del momento, planteando inicialmente que la cohesión y la adaptabilidad podían considerarse las dos dimensiones clave para definir la salud de la familia, e incorporando posteriormente una tercera dimensión, la comunicación, como facilitadora de las primeras (Olson et al., 1983; Olson & Gorall, 2003).

Concretamente, las escalas FACES III proporcionan un formato de evaluación lineal del funcionamiento familiar a partir del modelo circunplejo tridimensional revisado (Olson, 2000; Olson, Portner, & Lavee, 1985).

Las escalas FACES III permiten obtener una medida lineal y breve del funcionamiento familiar, basada en una interpretación teórica de la salud familiar útil para los profesionales del ámbito de la preservación familiar.

La escala de cohesión de FACES III es una herramienta útil y que puede ser considerada en el proceso de evaluación de necesidades y fortalezas en situaciones de riesgo. Esta escala está sólidamente fundamentada, es de aplicación rápida y fácil interpretación. Sin embargo, es conveniente replantear la construcción de la escala de adaptabilidad, para medir adecuadamente los distintos aspectos de este constructo relevantes según el modelo circunflejo del funcionamiento familiar. (25)

## **II.-JUSTIFICACION:**

La etapa del embarazo corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, en la cual se involucra alteraciones físicas y psicológicas que pueden provocar inestabilidad emocional y un alto grado de ansiedad que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal.

Durante un estado de ansiedad, fisiológicamente existe una liberación de glucocorticoides, en especial (cortisol), el cual, en grandes cantidades, repercute en el adecuado desarrollo de la gestación y del feto.

Estados de ánimo como la ansiedad, la depresión y la inestabilidad emocional influyen para que una mujer tenga partos largos y más complicados. Durante esta etapa, la ansiedad puede aumentar el riesgo de efectos perinatales adversos, déficit atencional, inmadurez psicomotora, hiperactividad, desordenes conductuales y ansiedad durante la niñez.

Se puede observar durante la consulta de primer contacto en la Unidad de Medicina Familiar No 58, que aproximadamente 8 de 10 embarazadas, desconocían sobre los cambios fisiológicos que se presentan durante el embarazo, manifestaban problemas familiares y de pareja. Situaciones que las mantenían ansiosas, estado que repercutía en

ellas tanto física como emocionalmente durante el embarazo, ya que se observaba que la mayoría de ellas referían antecedentes de hemorragias del primer trimestre, estados de hiperglicemia y presiones arteriales elevadas, condición que obligaba al médico familiar a protocolizar a estas pacientes y descartar complicaciones como Diabetes Gestacional o Preeclampsia.

En la literatura hace referencia a la Ansiedad, como factor predisponente para la presencia de complicaciones durante el embarazo, esto debido a que en la actualidad no existe una detección oportuna de estas pacientes y mucho menos redes de apoyo psicológico y educativo, que permitan una evolución adecuada del embarazo.

Considero que sería importante implementar a nivel Institucional, redes de apoyo para pacientes embarazadas que se encuentran con estados de Ansiedad, ya que esto permitirá no solo disminuir el índice de mortalidad materno-fetal en nuestro país, también se verá reflejado en los costos y recursos que la institución canaliza para la atención de complicaciones que se presentan en estas pacientes. (Por ejemplo, estancias prologadas en terapia intensiva,), situaciones que reflejan un costo excesivo para la Institución.

### **III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Durante el año y medio de formación Académica, como Residente de Medicina Familiar, tuve la oportunidad de rotar por el consultorio de primer contacto, así como llevar el control prenatal de las embarazadas y detectar, que las pacientes desconocían o tenían información deficiente, sobre los cambios fisiológicos y emocionales por lo que atravesaban, situación que las mantenían con cierto grado de ansiedad, estado emocional, que repercutía no solo en su estado físico y psicológico, también se reflejaba en la relación afectiva que mantenían con los integrantes de su familia, interfiriendo en la Dinámica Familiar.

En el transcurso de la consulta, se realizaba una pequeña intervención educativa, aclarando ciertas dudas que, en el momento, las pacientes manifestaban, observando algunos cambios positivos en su estado emocional, pero el tiempo era insuficiente, ya que el tiempo de atención solo era de 15 minutos, tiempo en el que solo se podía valorar la evolución del embarazo y el estado físico de la paciente.

Por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál será la Influencia de una intervención educativa y psicológica en la ansiedad del embarazo y su repercusión en la dinámica familiar en pacientes de la umf 58?



#### **IV.-OBJETIVO:**

##### **IV.1 Objetivo general:**

Objetivo: Analizar la Influencia de una intervención educativa y psicológica en la ansiedad del embarazo y su repercusión en la dinámica familiar en pacientes de la umf 58

##### **IV.2 Objetivos específicos:**

Reconocer el grado de ansiedad en las gestantes

Analizar la relación de los niveles de ansiedad y la repercusión en La dinámica familiar de las gestantes antes y después de las intervenciones.

Conocer la evolución en el estado emocional de las pacientes durante la intervención

#### **V.-HIPOTESIS DEL TRABAJO:**

Existe una Influencia positiva mediante una intervención educativa y psicológica en la ansiedad del embarazo repercutiendo en la mejora de la dinámica familiar en pacientes de la UMF 58.

#### **VI.- MATERIAL Y METODOS:**

Características del lugar donde se realizará el estudio:

Se lleva a cabo en la UMF 58, con pacientes que llevan control prenatal en los 22 consultorios de medicina familiar, con área de influencia Tlalnepantla de Baz en la zona poniente, del Estado de México.

##### **VI.1.-TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Universo: 647 pacientes femeninas entre 18 -43 años, que se encuentran en el segundo trimestre de embarazo.

Tamaño de la muestra: será la determinada de acuerdo a la fórmula para el cálculo de tamaño de muestra para poblaciones menores de 100000

Para delimitar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula: dando como resultado, el tamaño de muestra 122 pacientes

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{e^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

No = 647 pacientes    p = 0.5  
Z = 1.96    q = 0.5  
e = 0.08

El procesamiento de datos y aspectos estadísticos se vaciarán los datos obtenidos por las encuestas, en una hoja Excel con codificación para las respuestas dicotómicas, y se realizara un porcentaje de cada uno.

#### **VI.2.-DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Se realiza una investigación de tipo Descriptivo, estudio antes y después

La medición en tiempo será con estudio descriptivo en pacientes que asistan a consulta prenatal subsecuente a los 22 consultorios de la UMF 58.

#### **VI.3.-INSTRUMENTO:**

Se utiliza instrumento basado en el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI, tomando 20 ítems para valorar la ansiedad como Estado y 20 ítems para valorar la ansiedad como Rasgo. Cuestionario FACES III, escala de cohesión y adaptabilidad familiar, tomando en cuenta 20 ítems, para valorar la Dinámica Familiar y cuestionario AMAI 2018 para estimar el Nivel Socioeconómico.

#### **VI.4.-GRUPO DE ESTUDIO:**

Características del grupo de estudio: Pacientes del sexo femenino, rango de edad de 18 a 43 años de edad, que se encuentren a partir del segundo trimestre de embarazo

#### **VI.5.-MUESTRA**

Embarazadas que acuden a los 22 consultorios de Medicina familiar, en el turno matutino, en la UMF 58

#### **VI.5.1.-Criterios de inclusión:**

- a) Pacientes embarazadas de 18 a 43 años de edad, derechohabientes del IMSS, adscritas a la UMF 58,
- b) Que se encuentren cursando el 2 trimestre y hasta las 34 sdg
- c) Que asistan mensualmente a consulta prenatal en los 22 consultorios de medicina familiar, durante el 2019.
- d) Que acepten participar en el estudio

#### **VI.5.2.- Criterios de exclusión:**

Enfermedades psiquiátricas ya diagnosticadas

#### **VI.5.3.-Criterios de eliminación:**

Pacientes que abandonen la intervención a partir de la segunda sesión

**VI.5.4.-Universo:** embarazadas que acuden a los 22 consultorios de Medicina familiar, de la UMF 58.

### **VII.-METODOLOGIA:**

#### **VII.1.-Descripción general del estudio.**

- 1.-Se acude con los Médicos Familiares, para comentarles sobre el estudio que se realiza y solicitar el listado de las pacientes embarazadas que se encuentran en Control prenatal, a partir del segundo trimestre.
- 2.-Se solicita el número telefónico de las pacientes para contactarlas e informar sobre el estudio.
- 3.-Se citan a las pacientes para explicar el objetivo del protocolo de investigación, las fechas se encuentran en el cronograma de actividades del estudio en el (ANEXO-1)

4.-Se citan a las pacientes para que firmen el consentimiento informado, las fechas

Se encuentran en el (ANEXO-1)

5.-Se realiza una primera encuesta a las pacientes, utilizando los 40 ítems, para el instrumento para valoración de Ansiedad como rasgo y como estado (STAI) y 20 ítems para FACE III escala de cohesión y adaptabilidad familiar, para valoración de Dinámica Familiar. Las fechas programadas, se encuentran en el (ANEXO-1)

6.- Se realizan 4 sesiones de intervención Educativa y 4 sesiones Psicológicas, los temas se pueden revisar en el (ANEXO-1)

7.-Durante las intervenciones psicológicas, las pacientes que participan en el estudio, pueden presentar estados de vulnerabilidad que requieran de un apoyo psicológico, por lo que serán canalizadas al Centro de Desarrollo Social del DIF, ubicado en la Av. de los Arcos, número 1, Naucalpan Centro para su atención.

8.- Al finalizar las intervenciones se realiza una segunda encuesta, utilizando los Instrumentos de la primera encuesta.

9.- Análisis de resultados

10.-Vaciamiento de datos en hoja de Excel

11.-Obtención de porcentajes

12.-Interpretación de resultados

12.-Determinar conclusiones

### **VIII.-VARIABLES:**

Variable independiente: intervención psicológica y educativa

Definición conceptual de la variable: expresión sobre el estado emocional personal, que busca un adecuado control prenatal y disminuir complicaciones materno-fetales

Definición operacional de la variable: se analizará mediante la intervención educativa con pláticas mensuales sobre temas relacionados a los cambios fisiológicos y emocionales en el embarazo, así como consulta mensual con la psicóloga.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: Nominal

En esta variable, solo se toma en cuenta dos tipos de respuesta: Si aceptan la intervención y No acepto la intervención.

Variable dependiente: Ansiedad

Definición conceptual de la variable: estado emocional que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro e interfieren con las actividades diarias y la calidad de vida.

Definición operacional: se analizará mediante el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI, tomando 20 ítems para valorar la ansiedad como Estado y 20 ítems para valorar la ansiedad como Rasgo.

Se considera variable cuantitativa, ya que los ítems son representados por un número a cada una de las respuestas: nada (0), algo (1), Bastante (2), Mucho (3), posteriormente se realizará el análisis de resultados con la plantilla correspondiente, la cual tiene un valor numérico, de acuerdo a las respuestas que el paciente señalo en el test. Se observa los ítems con mayor puntuación, los cuales son indicativos de (mayor ansiedad), después se hace la suma de los ítems con menor puntuación (menor ansiedad) , el resultado de la resta del resultado de la suma de los ítems positivos con los negativos, será el que se buscara en la plantilla de resultados y nos indicara si la paciente presenta ansiedad en el momento del estudio.

Tipo de variable: Cuantitativa Discreta

Escala de Medición: de Razón

Se toma valores finitos de valores que son representadas de la siguiente manera en los 20 ítems de la escala para valorar ansiedad como estado: Casi nunca (0), A veces (1), A menudo (2), Casi siempre (3).

Al igual que la escala de medición del test de Estado para Ansiedad, se realiza una calificación con la plantilla, la cual es representada por números del 1 al 4, número que se indicara a la derecha del test, de acuerdo a la respuesta del paciente, se realiza la suma de los ítems positivos y la suma de los ítems negativos, el resultado de la resta de los ítems, será representado por un número, el cual se buscara en la plantilla de resultados y nos indicara si la paciente presenta ansiedad y el grado ( leve, moderado severo)

Variable dependiente: Dinámica Familiar

Definición conceptual de la variable: Manejo de interacciones y relaciones de los miembros de la familia que estructuran una determinada organización al grupo, estableciendo para el funcionamiento de la vida en familia normas que regulen el desempeño de tareas, funciones y roles.

Definición operacional: Se analiza mediante el cuestionario, FACES III escala de cohesión y adaptabilidad familiar, para valoración de Dinámica Familiar.

Tipo de variable: Cuantitativa Discreta

Escala de Medición: Intervalo

Para la valoración de la Dinámica Familiar, se utiliza los instrumentos FACES III, en el cual se utilizan valores finitos que son representados en los 20 ítems de la siguiente manera: Nunca (1), Casi nunca (2), Algunas veces (3), Casi siempre (4), Siempre (5).

Se considera variable cuantitativa, ya que las respuestas a los ítems que contiene el instrumento utilizado, son representadas por números que van del 1-5 y al finalizar el test se suman los valores numéricos de cada uno de los ítems, el cual nos indicara el tipo de cohesión y adaptabilidad que tiene la familia.

Variable de confusión: el nivel socioeconómico bajo de las pacientes, ya que cuentan con menos redes de apoyo

Definición conceptual de la variable: condición jerárquica que tiene una o un grupo con respecto a otro, el cual se mide por el ingreso como individuo y/o como grupo, y otros factores educación y ocupación.

Definición Operacional de la variable: se analizará por respuesta al cuestionario AMAI 2018 para estimar el Nivel Socioeconómico.

Tipo de variable: cuantitativa Discreta

Escala de Medición: de razón

Para valorar el estado socioeconómico, se utiliza el cuestionario AMAI -2018. El cual consta de 6 ítems, al cual se le asigna un número finito que va desde 0 a 101.

## IX.-RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

Los recursos empleados no representan algún costo-extra al Instituto Mexicano del Seguro Social, serán cubiertos por el investigador principal. La factibilidad del estudio es adecuada ya que se cumplen los requerimientos éticos para su elaboración y desarrollo con un mayor beneficio que el riesgo a presentar.

### IX.1.-ASPECTOS ETICOS:

- De acuerdo al artículo 17 bis, sección I, de la Ley General de Salud, el presente estudio es catalogado como un **ESTUDIO RIESGO MINIMO**, Son estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma ,colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica , placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con máxima de dos veces por semana y volumen máximo de 450 ml. En dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulara la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento. **Este estudio se considera de acuerdo a la Ley General de Salud como de riesgo mínimo, ya que la población que participa es vulnerable a presentar cambios emocionales durante las**

**intervenciones psicológicas, que requieran de la canalización oportuna a una Institución competente para recibir apoyo psicológico.**

- Los procedimientos se apegan a los parámetros establecidos por las normas éticas vigentes en la Ley General de Salud, según lo establecido en el artículo 17, y a la Declaración de Helsinki realizada en la Asamblea Medica Mundial y su última enmienda.
- Se incluye carta de consentimiento informado firmado por los pacientes incluidos en el estudio.
- La contribución a las pacientes derechohabientes del IMSS, no solo identificar durante el periodo prenatal a las pacientes que se encuentran recibir redes de apoyo a través de intervenciones educativas y psicológicas a las pacientes durante el periodo prenatal, así este estudio no solo permitirá identificar la ansiedad en las pacientes embarazadas, si no proporcionara será identificar oportunamente aquellas pacientes que presentan niveles de ansiedad durante el embarazo y

disminuir el índice de morbi-mortalidad materno-fetal, proporcionando redes de apoyo psicológico y educativo, que permitan valorar la importancia de implementar estas intervenciones a nivel institucional y orientar el presupuesto a medidas de prevención y no a disminuir las complicaciones durante el periodo pre y pos natal que permitan una adecuada evolución prenatal, disminuir los riesgos perinatales y la morbimortalidad materno-fetal.

- Referente al balance riesgo/beneficio, es mayor el beneficio que se obtendrá, siendo el riesgo mínimo para los pacientes.
- Los procedimientos a seguir en la investigación garantiza la confidencialidad de la información, siendo recabada en forma personal y sin divulgación de la misma, será utilizada solo para fines académicos.
- La selección de los pacientes participantes, se realiza de una manera equitativa, y justa sin ningún tipo de discriminación ya sea por condiciones físicas, sociales, políticas, religiosas, de género ni preferencias sexuales.



**X.-Resultados:**

- El estudio se realiza con una muestra de 80 pacientes embarazadas de la Unidad de Medicina Familia, que corresponde al 66.6% de la población esperada, el 33.4% de la muestra no pudo participar en el estudio ya que, desde el mes de marzo del 2020, el país y el mundo atraviesa por una emergencia sanitaria debido a la Pandemia por COVID y por recomendaciones del Sector Salud, así como la vulnerabilidad de la población en estudio, la participación no fue del 100%. Es importante mencionar que debido a la Situación los resultados de las pruebas sobrestiman el resultado esperado.
- Después de aplicar el Instrumento STAI para Ansiedad por Estado a las 80 pacientes, en la gráfica No 1 se observa que 26 de las pacientes que corresponde al (32.5%) de la muestra, presentan ansiedad moderada y 54 (67.5%) reportan ansiedad alta, en cuanto a los resultados que se obtienen de la prueba de ansiedad por Rasgo, se registra 23(28.7%) pacientes con ansiedad moderada y 57 (71.3%) con ansiedad alta

**Grafica No 1**

Grado de Ansiedad por Estado en pacientes embarazadas por edades de la UMF No 58

IMSS 2019-2020

Grado de Ansiedad	18-20 años	21- 30 años	31-40 años	41-45 años	Total
Alto	6	32	14	2	54
Moderado	3	10	9	4	26
Bajo	0	0	0	0	0

Grado de Ansiedad por Rasgo en pacientes embarazadas por edades de la UMF No 58

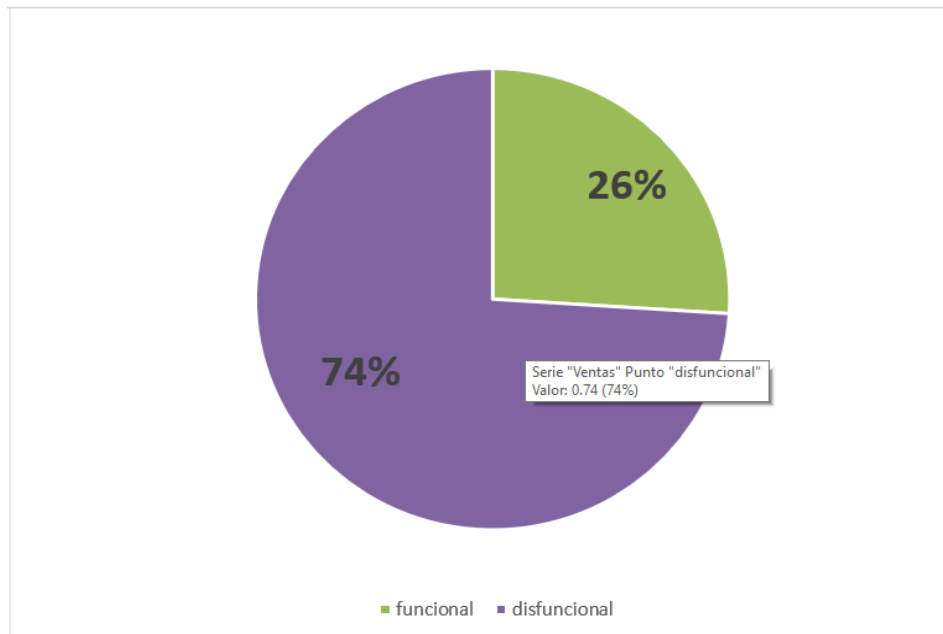
IMSS 2019-2020

Grado de Ansiedad	18-20 años	21- 30 años	31-40 años	41-45 años	Total
Alto	7	31	15	4	57
Moderado	2	11	8	2	23
Bajo	0	0	0	0	0

Fuente: Cuadro No 1, Se aplica instrumento STAI por estado y rasgo a pacientes embarazadas de UMF 58 IMSS 2019-2020

- Se aplica la prueba de Faces III, para evaluar la funcionabilidad familiar de las pacientes, resultados que son plasmados en la gráfica No2, donde se observa que 59 (74%) pacientes pertenecen a una familia disfuncional y 21(26%) forman parte de una familia funcional.

**Grafica No 2:** Porcentaje de familias disfuncionales y funcionales en pacientes embarazadas de la UMF No 58, IMSS 2019-2020



- En la gráfica **No3** se plasma los 15 tipos de familia que existen de acuerdo a la clasificación que maneja la prueba de adaptabilidad y cohesión Faces III, en donde 11 son consideradas como disfuncionales y 4 funcionales, como se puede observar 59 (73.7%) de las 80 pacientes embarazadas que participan en el estudio

pertencen a una familia disfuncional, predominando la **estructuralmente disgregada**, representada por 14 (17.5%)

**Grafica No 3:**

Tipo de adaptabilidad y cohesión Familiar en pacientes embarazadas de la

UMF No 58 IMSS 2019-2020

TIPO DE FAMILIA	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	PORCENTAJE
Estructuralmente disgregada		14	17.5%
Flexiblemente disgregada		7	8.75%
Rígidamente disgregada		9	11.25%
Flexiblemente Semirelacionada	8		10%
Flexiblemente relacionada	4		5%
Flexiblemente aglutinada		2	2.5%
Estructuralmente relacionada	6		7.5%
Caóticamente disgregada		3	3.75%
Rígidamente relacionada		1	1.25%
Rígidamente aglutinada		1	1.25%
Rígidamente semirelacionada		1	1.25%
Estructuralmente semirelacionada	3		3.75%
Caóticamente relacionada		9	11.25%
Caóticamente semirelacionada		4	5%
Caóticamente aglutinada		8	10%

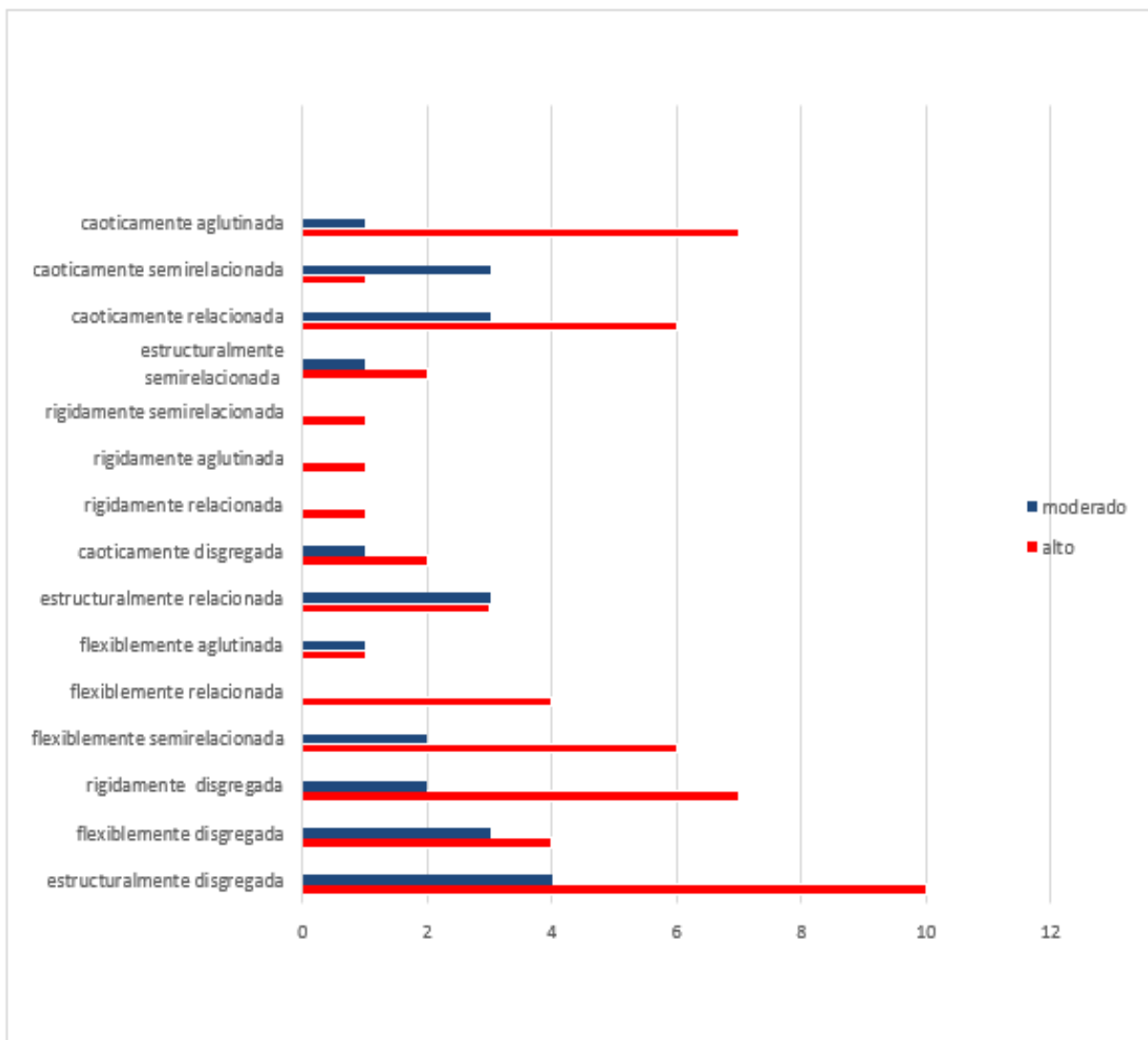
Fuente: Cuadro No 3, Se aplica Instrumento FACES III en pacientes embarazadas de UMF58 IMSS 2019-2020

- La relación que se establece entre el grado de severidad del Estado de Ansiedad y la funcionabilidad familiar, se plasma en la gráfica No 4 en donde se reporta mayor prevalencia de pacientes que cursan con Ansiedad alta y moderada en familias disfuncionales.

**Grafica No 4:**

Funcionabilidad familiar y grado de Ansiedad en pacientes embarazadas

de UMF No 58 IMSS 2019-2020



Fuente: Cuadro No 4. Aplicación del Instrumento FACES III y STAI de Estado de Ansiedad, UMF No 58 IMSS 2019-2020

- Posterior a las intervenciones educativas y psicológicas que se impartieron a las pacientes en estudio, se realiza una segunda evaluación del estado de ansiedad utilizando la prueba de STAI de estado, resultados que son plasmados en la gráfica **No5**, en donde se observa que de las 54 (67.5%) pacientes que presentaron en una primera prueba grado de ansiedad por estado alto, 46(85.2%) de ellas reportaron una ansiedad moderada y 8 (14.8%) un estado de ansiedad bajo, respecto a las 26 (32.5%) pacientes que, en la prueba inicial, mostraron ansiedad moderada en la segunda prueba se registra que el 100% presento un grado de ansiedad bajo.

#### Grafica No 5:

Grado de Ansiedad por Estado después de aplicar la segunda prueba STAI en pacientes embarazadas de la UMF No 58 IMSS 2019-2020

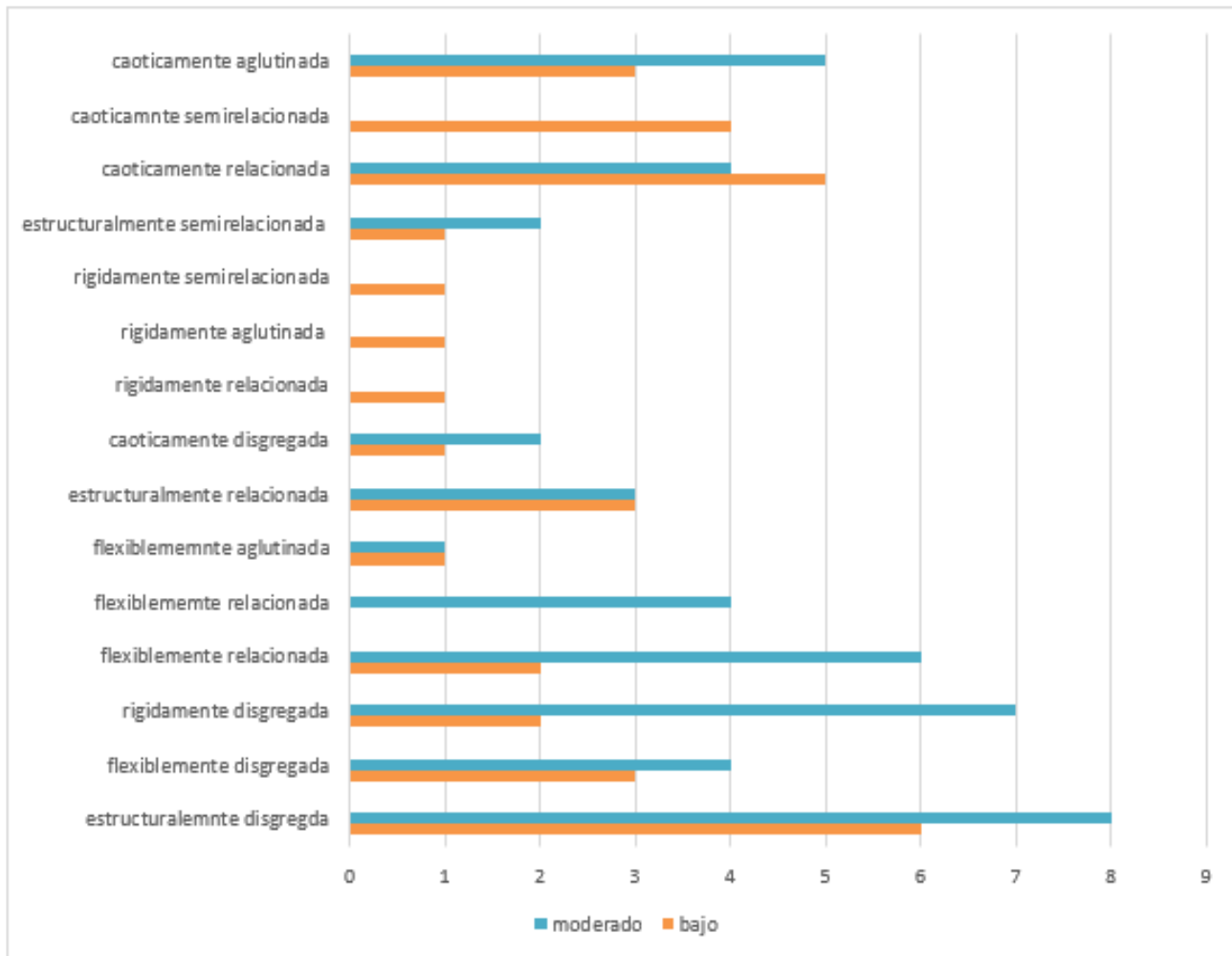
Grado de Ansiedad	18-20 años	21-30 años	31-40 años	41-45 años	Total	Porcentaje
Alto	0	0	0	0	0	0%
Moderado	4	29	12	1	46	57.5%
Bajo	5	13	11	5	34	42.5%

Fuente: Cuadro No5. Aplicación del Instrumento STAI por estado después de las Intervenciones en pacientes embarazadas de la UMF No 58 IMSS 2019-2020

- Después de aplicar la segunda prueba STAI a las pacientes del estudio, se observa que las pacientes de familias disfuncionales, lograron disminuir su estado de ansiedad, resultados que son plasmados en la gráfica No 6.

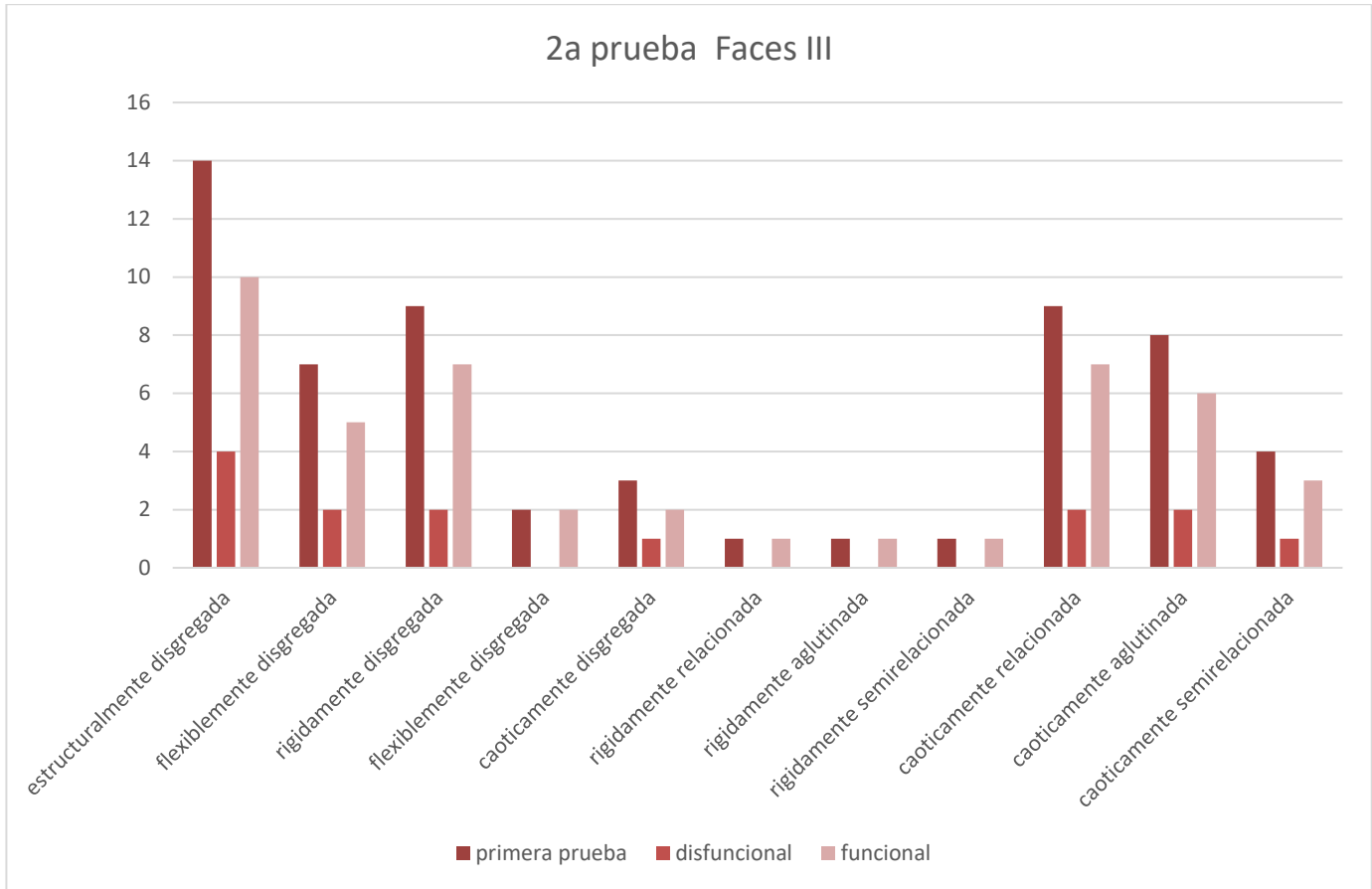
**Grafica No 6**

Grado de ansiedad y funcionabilidad familiar después de aplicar la segunda prueba de STAI en embarazadas de la UMF No 58 IMSS 2019-2020



- Al finalizar la cuarta sesión educativa y psicológica se aplica una segunda prueba de Faces III, resultados que son plasmados en la gráfica No7, en donde se observa que de las 59 pacientes embarazadas que en una primera prueba formaban parte de una familia disfuncional, el **45 (76.2%)** de ellas reportaron cambios significativos, que es reflejado al ser consideradas como integrantes de uno de los cuatro tipos de familias funcionales, situación que no se presenta en las **14 (23.7%)** de las pacientes restantes ya que se mantuvieron en el grupo de familias disfuncionales.

**Grafica No 7:** Funcionabilidad y cohesión familiar después de aplicar la segundan prueba de Faces III en embarazadas de la UMF No 58 IMSS



Fuente. Cuadro No 7. Aplicación de Prueba Faces III, posterior a las intervenciones educativas y psicológicas en pacientes embarazadas de la UMF No 58 IMSS

## **XI. DISCUSION**

Existe una relación entre la literatura y los resultados que se obtienen en este estudio, ya que se demuestra que las mujeres embarazadas presentan mayor grado de ansiedad, cuando forman parte de una familia disfuncional, en comparación de aquellas pacientes que son integrantes de una familia funcional, incluso se observa que las pacientes que presentan mayor grado de ansiedad, después de las intervenciones educativas y psicológicas que se impartieron durante el estudio, mostraron cambios significativos en su estado emocional, a través de este estudio se puede corroborar lo mencionado previamente, una de las redes de apoyo esenciales durante el periodo prenatal para una mujer embarazada es la "familia", ya que una adecuada adaptabilidad, comunicación e interacción entre los integrantes repercute de una forma positiva.

La importancia de implementar e impartir temas relacionados con los cambios fisiológicos que se presentan durante el periodo prenatal, permite disipar diversas dudas y miedos que presentan las embarazadas, ya que muchas de las gestantes ignoran sobre estos cambios, generando ansiedad durante esta etapa.

Así mismo una intervención psicológica adecuada y oportuna, que incluya técnicas de relajación muestra una adecuada respuesta de las pacientes, ya que lograron disminuir el grado de ansiedad y mejorar la funcionalidad familiar.

## **XII.-CONCLUSIONES:**

La investigación se realiza durante el periodo de pandemia por COVID-19, situación que influyo en los resultados arrojados debido a que la población en general y en especial las pacientes embarazadas muestran un mayor nivel de ansiedad. El estudio se realiza con una muestra de 80 (100%) pacientes de las cuales 54(67.5%) reportaron ansiedad por estado alto y 26(32.5%) ansiedad moderada, con respecto a la ansiedad por rasgo se observa que 57 (71.3%) cursan con ansiedad grado alto y 23(28.7%) con ansiedad moderada. Confirmando que en el estudio se aplicó la regla general, la cual establece que los pacientes con ansiedad por rasgo alto, también presentaran ansiedad por estado alto.

En cuanto a la funcionalidad familiar, se observó que 59 (73.7%) pacientes del total de la muestra presentaron disfunción familiar y 21 (26.3%) son integrantes de una familia funcional.

El 41 (69.4%) de las embarazadas con familias disfuncionales reportaron ansiedad de grado alto y 18 (30.6%) ansiedad moderada.



Cuando la dinámica familiar no es funcional, el apoyo, comunicación, límites, jerarquía, roles y relaciones entre los integrantes son deficientes, situación que influye en el estado emocional de la gestante, favoreciendo que durante el periodo prenatal se presente estados de ansiedad severos que repercuten no solo en su salud, sino también en el bienestar fetal. los resultados que se obtienen en el presente estudio, sustentan lo antes mencionado ya que las pacientes con familias disfuncionales, cursaron con un grado alto de ansiedad.

Y el grupo de edad, que presento con más frecuencia de forma concomitante ansiedad de grado alto y disfunción familiar fue de los 21 a 30 años.

Después de la intervención psicológica y educativa que recibieron las pacientes, se reporta un cambio positivo en relación al grado de ansiedad, ya que de los 54(67.5%) pacientes que en un inicio presentaron ansiedad grado alto, 46(85.2%) pasaron a un grado moderado de ansiedad y 8 (14.8%) de ellas a un grado bajo, en cuanto a las 26 (32.5%) pacientes que en un inicio registraron una ansiedad moderada, ean la segunda aplicación del instrumento el 100% mostraron una ansiedad baja. **Por lo que nuestra hipótesis planteada se cumple en su totalidad**, ya que se logró mejorar el grado de ansiedad repercutiendo de una manera favorable en la dinámica familiar. es

Posterior a las intervenciones realizadas a las pacientes y familiares que participaron en este estudio, se puede observar que 59 (73.7%) de las embarazadas que en una primera prueba reportaron ser parte de una familia disfuncional, en una segunda prueba los resultados que se obtienen son significativos, ya que el 45(76.2%) mostraron pertenecer a uno de los cuatro tipos familiares considerados como funcionales y solo el 14(23.7%) de ellas se mantuvieron dentro de una familia disfuncional.

Por lo que me queda concluir que la ansiedad es una reacción que mantiene al organismo en alerta ante una situación de peligro o amenaza, generando respuestas y modificaciones en cognición, fisiológicas y de conducta, pero cuando la ansiedad se presenta por un determinado tiempo, en diferentes situaciones y origina síntomas que interfieren con las actividades diarias o repercuten en el estado de salud, la ansiedad se convierte en un trastorno de ansiedad, en donde la respuesta ante la situación amenazante resulta ser exagerada y repercute de manera importante en el estado biopsicosocial del individuo, por lo que es importante identificar oportunamente el grado de ansiedad que presentan las pacientes embarazadas, con la finalidad de realizar la intervención oportuna por parte del médico de primer nivel con el apoyo de la familia y evitar complicaciones en el periodo prenatal y postnatal.

Las mujeres embarazadas que pertenecen a una familia funcional, cuentan con un factor protector para presentar algún grado de ansiedad durante el periodo prenatal, por lo que es fundamental evaluar la adaptabilidad y cohesión de la familia, con la finalidad de identificar la red de apoyo con la que cuenta la gestante y orientar sobre los cambios que pueden realizar como familia para lograr mantener la salud física y emocional de la paciente.

### **XIII.-RECOMENDACIONES:**

- Que el médico familiar priorice en aspectos de funcionalidad familiar, con énfasis en la comunicación, cohesión y adaptabilidad, apoyándose en las funciones familiares, roles de grupo, identificación y resolución de las crisis familiares, ya que será determinante para la salud física y emocional de la paciente embarazada.
- Así mismo apoyarnos de la terapia familiar, derivando a los integrantes con un experto en la materia, con énfasis en el apoyo y comunicación familiar.
- Enfatizar en el apoyo, unión y comunicación familiar, indicándoles a los integrantes la importancia de que la paciente embarazada reciba la atención, cuidado y una familia funcional durante el periodo prenatal.
- Implementar redes de apoyo en las Instituciones de salud, en donde se impartan platicas educativas y psicológicas a las embarazadas con riesgo elevado de presentar ansiedad.
- Que, en la primera consulta prenatal, el medico de primer contacto realice la valoración correspondiente e identifique a la embarazada que cursen con algún grado de ansiedad y se realice la intervención oportuna.
- Que la intervención incluya la participación de la familia, paciente y medico
- Enfatizar en el aspecto terapéutico, familiar, psicológico, físico y social por parte del médico familiar, repartiendo folletos, trípticos, en donde se explique detalladamente sobre los síntomas y las principales complicaciones que se derivan por presentar ansiedad durante el embarazo.
- Difundir por parte del equipo de salud, apoyándonos del servicio de medicina preventiva: carteles, mamparas, dibujos, esquemas, etc., en toda la unidad de salud, con lenguaje claro y entendible, acerca de la ansiedad durante el embarazo, para que las pacientes mientras esperan su turno de consulta puedan informarse y difundirlo en su hogar.

- Crear grupos de apoyo en donde participe el área de medicina preventiva y psicología para orientar a las embarazadas sobre las técnicas de relajación que pueden realizar con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad.
- Que el área de medicina preventiva, psicología y médico familiar impartan temas relacionados a los cambios fisiológicos y psicológicos que se presentan durante el embarazo normal.
- Canalizar oportunamente con especialista en caso de que las intervenciones psicológicas y educativa no mejore el estado de ansiedad de la paciente.
- Referir de manera prioritaria a las pacientes que cuenten con algún trastorno psiquiátrico de base controlado antes de la concepción, pero que se agudiza durante el periodo prenatal debido a un estado de ansiedad severo que no mejora con la intervención psicológica.
- Que el médico familiar proporcione a las pacientes que cuenten con factores de riesgo la prueba de STAI para valorar el grado de ansiedad por estado y rasgo e informar a la paciente y familiar sobre los resultados que arroja la prueba y sobre las medidas a seguir.
- Que el área de psicología implemente las intervenciones necesarias a las familias con disfunción familiar severa, con la finalidad de que los integrantes modifiquen las conductas y sus funciones en beneficio de la paciente embarazada

#### **XIV.-BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L-Bloom, Catherine Y Spong. Anatomía y Fisiología Materna. Williams. Obstetricia. 25 edic. McGraw-Hill; 2019; P.56-63
- 2.- E. Ruben Pego-Perez; Ma del Carmen del Rio-Nieto; Isaac Fernandez; Prevalence of symptoms of anxiety and depression in students of the degree in nursing in the province of Galicia; ENE, Vol 12 (2); ago-2018, P 1.-31
- 3.- CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2019 y Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). World Population Prospects, 2019, P. 1-7
- 4.- INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, 2018. Base de datos. SNIEG, Información de Interés Nacional.
- 5.- Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.
- 6.- Jorge A. Carvajal, Dra. Constanza Ralph T. Fisiología de embarazo. Manual de Obstetricia y

Ginecología, 9ª Edición. 2018, P. 25-32

- 7.- Karina G.Sainz Aceves, Brenda E. Chávez Ureña, Myriam E. Díaz Contreras; Ansiedade e depressao Em pacientes gravidas. ATEN FAM; 2013; Vol 20 (1)
- 8.- Carlos Reyes Carmona; Ana María Monterrosa; Ansiedad de los Estudiantes de una Facultad de Medicina mexicana; antes de iniciar el internado; Inv. Ed Med. 2017; 6(21):42---46
- 9.- Greysi Jhoana Ruiz. Acosta Heidi Organola-Gabriel. The Prevalence of Depression in pregnant women in a First; Level Health. Salud y Administración; 2017, Volumen 4; P. 25-30
- 10.- Inmaculada de Molina, Fernandez Lourdes Rubio, Rico Alba Roca-Brosca; Maria Jimenez- Herrera Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2015, Vol Nº 13; P. 17-23
- 11.- Karen Wedel Herrera- Depression, anxiety and disfunctional family in pregnancy ; Medica Sinergia 2018; Vol 3 , P. 3-8
- 12.- Carmenza Ricardo Ramirez HD, Matilde Alvarez-Gomez; Prevalencia de Tamizaje Positivo para Depresión y Ansiedad en gestantes de alto Riesgo Obstétrico; Colombia Obstet-Ginecol; 2015, Vol 66 P. 94-102
- 13.- Elisa Aguirre; Marcela Abufhele; Rodrigo Aguirre; Estrés Prenatal y sus Efectos; Estudios Publicos 144, 2016, P. 7-29
- 14.- Diaz, Mardorys; Amato Rosanna; Chávez, José G; Ramírez Mónica; Depresion y Ansiedad en Embarazadas, Solus, Vol 17 No2; 2013, P 25-30
- 15.- Roberth Alirio Ortiz Martinez; Alejandro Castillo; Relacion entre estrés durante el embarazo y Nacimiento Pretermino Espontaneo; colombiana Psiquiat; 2016; 45(2), P 75-83
- 16.- Angela Arranz Betegon; Marta Garcia Moliner; Gela Montenegro Nodal, Impact of maternal stress or Anxiety on the fetal or neonatal weight; Matronas Prof; 2017; 18(2), P 69-77
- 17.- Maria Benvinda Nerev Bjorn; Saul Neves de Jesus; Maria Isabel Casado Morales; Estrategia de relajación durante el periodo de getación; Clinica y Salud; 2013; 24, P 77-83
- 18.- Osavaldo Garcia Torres; Reyna Lucero Caro Felix; Andrea Socorro Alvarez Villaseñor; Relacion del

Embarazo de alto riesgo con la dinámica familiar y el subsistema conyugal; Med Gen Fam; 2018; 7(4),

P. 135-139

19.- H. VargasMurga; Family type and anxiety and depression; Rev, Med Hered; 2014; Vol 25; P. 57-59

20.- Fatima Prieto; Jose A Portellano; Jose A. Martinez Orgado; Antenatal Maternal anxiety , infant

Psychological development, and HPA axis reactivity in 2-3 month old infants; Clinica y Salud; 2019, 30

P. 21-31

21.- Claudia Patricia Rncalb; Manuel Sanchez de Miguel; Enrique Arranz; Maternal-foetal bonding:

Implications for psychological development and proposal for early intervention; Escritos de psicología

2015, Vol 8, No 2, P. 14-23

22.- Mariana de Oliveira Fonseca-Machado; Juliana Cristina dos Santos Monteiro; Violencia de pareja

Íntima y trastornos de ansiedad durante el embarazo; Rev. latino-Am Enfermagem; 2015, Vol 25(3)

P. 55-64

23.- Alejandro Guillen-Riquelme, Gualberto Buela-Casal; Estructura factorial del Cuestionario de Ansiedad Estado –rasgo (STAI), para pacientes diagnosticados con Depresión; Salud Mental, 2015; 38(4), P. 293-298

24.- Jesus Sanz; Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en la práctica clínica; Clinica y Salud ,2014, 25; P. 39-48

25.- Lucia Jiménez; Bárbara Lorence; Victoria Hidalgo; Factor analysis of FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales); Universitas Psychologica Colombia; 2017, Vol 16 No 2, P. 1-12

## **XV.-ANEXOS:**

Anexo 1:

### **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)**

(Spielberger, Gorshuch y Lushene)

Ansiedad- Estado:

- Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

## STAI

A/E PD = 30 + =

A/R PD = 21 + =

### AUTOEVALUACION A (E/R)

APELLIDOS Y NOMBRES : \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: ( V ) ( M ) FECHA: \_\_\_\_\_  
 CENTRO : \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL : \_\_\_\_\_

## A-E

### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.	0	1 #	2	3
2. Me siento seguro.	0	1 #	2	3
3. Estoy tenso	0	1 #	2	3
4. Estoy contrariado.	0	1 #	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1 #	2	3
6. Me siento alterado.	0	1 #	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1 #	2	3
8. me siento descansado	0	1 #	2	3
9. Me siento angustiado.	0	1 #	2	3
10. Me siento confortable	0	1 #	2	3
11. tengo confianza en mi mismo.	0	1 #	2	3
12. Me siento nevioso	0	1 #	2	3
13. Estoy desasosegado.	0	1 #	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1 #	2	3
15. Estoy relajado	0	1 #	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1 #	2	3
17. Estoy preocupado.	0	1 #	2	3
18. Me siento aturrido y sobreexcitado.	0	1 #	2	3
19. Me siento alegre.	0	1 #	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1 #	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.



## Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)

(D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee)

### ANEXO 1

**FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).**  
**Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen**

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Describa su familia:				
<input type="checkbox"/> 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí				
<input type="checkbox"/> 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
<input type="checkbox"/> 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
<input type="checkbox"/> 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
<input type="checkbox"/> 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
<input type="checkbox"/> 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
<input type="checkbox"/> 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
<input type="checkbox"/> 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
<input type="checkbox"/> 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
<input type="checkbox"/> 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
<input type="checkbox"/> 11. Nos sentimos muy unidos				
<input type="checkbox"/> 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
<input type="checkbox"/> 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
<input type="checkbox"/> 14. En nuestra familia las reglas cambian				
<input type="checkbox"/> 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia				
<input type="checkbox"/> 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
<input type="checkbox"/> 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
<input type="checkbox"/> 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad				
<input type="checkbox"/> 19. La unión familiar es muy importante				
<input type="checkbox"/> 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar				





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
 Y POLÍTICAS DE SALUD  
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en  
 protocolos de Investigación (adultos)

Nombre del estudio:

"Influencia de una intervención educativa y psicológica en  
 la ansiedad del embarazo y su repercusión en la dinámica  
 familiar en pacientes de la **umf 58**"

Patrocinador externo (si  
 aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

Hospital General Zona /UMF 58. 2019

Número de registro  
 institucional:

R-2020-1503-003

Justificación y objetivo del  
 estudio:

Analizar la Influencia de una intervención educativa y  
 psicológica en la ansiedad del embarazo y su repercusión  
 en la dinámica familiar en pacientes de la UMF 58.  
 Demostrar la importancia de una detección oportuna de  
 estas pacientes, así como el beneficio de implementar  
 redes de apoyo psicológica y educativa, a nivel  
 Institucional, con la finalidad de disminuir el índice la **morbimortalidad**  
 materno-fetal, situación que se verá reflejado en  
 los costos y recursos que la institución canaliza para la  
 atención de complicaciones que se presentan en estas  
 pacientes. (Por ejemplo, estancias prologadas en terapia  
 intensiva.), condiciones que reflejan un costo excesivo para  
 la Institución.

Procedimientos:

Se le informa que la finalidad del presente estudio, es  
 detectar por medio de dos tipos de cuestionarios si tiene  
 síntomas relacionados con ansiedad, así como la relación  
 que existe actualmente con su familia.

Posteriormente se le citara a las pláticas educativas y  
 psicológicas, que se llevaran a cabo en la UMF 58,  
 iniciando en mes de marzo del 2020 y finalizando en el



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

mes de Junio del 2020

Durante las intervenciones psicológicas, pueden presentar estados vulnerables que requieran de un apoyo psicológico, por lo que serán referidas al Centro de Desarrollo Social del DIF, ubicado en la Av. de los Arcos, número 1, Naucalpan Centro

Al finalizar las pláticas, se le practicara nuevamente los cuestionarios, para valorar si existen cambios favorables en cuanto a la disminución de ansiedad que manejaba al inicio del estudio. Se le informara al finalizar el estudio, los resultados y cambios que se observaron

Posibles riesgos y molestias:

- De acuerdo al artículo 17 bis, sección I, de la Ley General de Salud, el presente estudio es catalogado como un **ESTUDIO RIESGO MINIMO**. Son estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma ,colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica , placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con máxima de dos veces por semana y volumen máximo de 450 ml. En dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulara la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su



	<p>venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 85 de este Reglamento. Este estudio se considera de acuerdo a la Ley General de Salud como de riesgo mínimo, ya que la población que participa es vulnerable a presentar cambios emocionales durante las intervenciones psicológicas, que requieran de la canalización oportuna a una Institución competente para recibir apoyo psicológico.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibir información importante y conocimiento de alternativas como redes de apoyo para disminuir las complicaciones materno-fetales.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se podrá otorgar información directa al paciente y presentarlo en sus expedientes correspondientes
Participación o retiro:	La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, la participante podrá solicitar su retiro del estudio, si así lo desea, sin ninguna repercusión
Privacidad y confidencialidad:	La información que se recopile será confidencial y no se usara por ningún motivo, para propósitos externos a la investigación
<p><b>Declaración de consentimiento:</b></p> <p>Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:</p> <p><input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por _____ años tras lo cual se destruirá la misma.</p>	
<p><b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b></p> <p><b>Investigadora o Investigador Responsable:</b> <u>Dr. Carlos Cesar López García: Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud</u></p> <p><b>Colaboradores:</b> <u>Dra. Hernández Vargas María del Carmen: Jefatura de Servicio de Medicina Familiar</u>  <u>Vanessa Ortiz Contreras: Médico Residente de Medicina Familiar</u>  <u>María Cristina López Loera: Lic. Psicología Independiente</u></p>	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:  
Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc  
330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP  
06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico:  
[comité.eticainv@imss.gob.mx](mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

