

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN PRIMIGESTAS  
DE ALTO Y BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Por  
LIC. IRMA ANGÉLICA RIVERA ALONSO

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Enfermería Comunitaria

ENERO, 2007

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN PRIMIGESTAS  
DE ALTO Y BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Por

LIC. IRMA ANGÉLICA RIVERA ALONSO

Director de Tesis

ME. JULIA TERESA LÓPEZ ESPAÑA

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2007

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN PRIMIGESTAS  
DE ALTO Y BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Por:

LIC. IRMA ANGÉLICA RIVERA ALONSO

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2007

ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN PRIMIGESTAS  
DE ALTO Y BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Aprobación de Tesis

---

ME. Julia Teresa López España  
Director de Tesis

---

ME. Julia Teresa López España  
Presidente

---

ME. Ma. Refugio Durán López  
Secretario

---

Bertha Cecilia Salazar González, PhD  
Vocal

---

MSP. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## DEDICATORIA

A Dios, que me dio la fortaleza para culminar satisfactoriamente mi carrera, porque sin su presencia no lo hubiera logrado.

A mis amados padres el Sr. Enrique Rivera y la Sra. Ma. Elva Alonso, por su comprensión y apoyo incondicional en todo momento, sobre todo en el cuidado de mis hijos, por su amor y paciencia, porque sin ellos hubiera sido imposible llegar a la meta; mil gracias que Dios los bendiga, los amo.

A mis adorados hijos, Jesús, Leonardo y a mi princesa Cassandra por su paciencia, apoyo y cariño, por esa larga espera de estar más tiempo juntos, por ser mi motor, mi sostén, gracias, los amo mucho.

A mi querido esposo Jesús, quien me apoyó siempre y que en todo momento estuvo conmigo y creyó en mí, por alentarme en esos momentos que me sentí desesperada, por su comprensión y apoyo incondicional, por su amor, mil gracias mi amor, te amo.

A mis hermanos, y sobrinos que me apoyaron y alegraron con sus ocurrencias y risas cuando los necesité, y a quienes quiero mucho.

A mis amigas incondicionales Blanca, Cristina y Lidia, que siempre estuvieron conmigo apoyándome, gracias.

A todo el personal de la Institución donde se realizó este estudio que me ayudó y apoyó, en todo momento, gracias.

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, por el apoyo y la oportunidad de recibir una beca para continuar superándome profesionalmente.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por haberme impulsado en mi carrera y su apoyo para continuar preparándome profesionalmente.

A la MSP. María Magdalena Alonso Castillo, por permitirme continuar con mi formación profesional en este recinto el cual ella dirige.

A la ME. Julia Teresa López España por haberme guiado en todo momento, por su paciencia y por brindarme su apoyo y confianza, durante toda la carrera para lograr culminar esta meta académica.

A la ME. Blanca Alicia Galindo Cruz por su apoyo incondicional, por sus consejos, su confianza y por creer en mi, mil gracias.

A la MSP Silvia Espinoza Ortega, directora de esta Facultad por su apoyo para culminar esta posgrado.

A Bertha Cecilia Salazar González PhD y a la ME. Ma. del Refugio Durán López, por su apoyo y consejos.

Al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza por sus atenciones y disponibilidad para asesórame.

A mis maestros que formaron parte de mi desarrollo profesional en la Maestría.

A todo el personal administrativo y de intendencia por su apoyo y disponibilidad.

## RESUMEN

Irma Angélica Rivera Alonso  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Enero, 2007

Título del estudio: ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN  
PRIMIGESTAS DE ALTO Y BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Número de Páginas: 48

Candidato para obtener el grado de  
Maestría en Ciencias de Enfermería  
con Énfasis en Salud Comunitaria

Área de Estudio: Salud Comunitario

**Propósito y Método de Estudio:** El propósito del estudio fue determinar la relación entre la adaptación psicosocial y la ansiedad en primigestas de alto y bajo riesgo obstétrico. El estudio fue descriptivo y correlacional, la muestra estuvo conformada por mujeres embarazadas primigestas de una institución pública de tercer nivel de atención en Monterrey, Nuevo León. El muestreo fue probabilístico sistemático de uno en dos embarazadas primigestas. La muestra se calculó a través del paquete nQuery Advisor 4.0 con un nivel de significancia de .05 con una correlación alternativa de .20 y una potencia de .90 para 212 embarazadas. Las primigestas cursaban el segundo y tercer trimestre del embarazo. Se aplicó una Cédula de Datos Sociodemográficos y Obstétricos y dos instrumentos el Cuestionario de Autoevaluación Prenatal de Lederman y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

**Contribución y Conclusiones:** El estudio mostró que a medida que aumenta el nivel de adaptación psicosocial al embarazo, la ansiedad estado en la primigesta disminuye ( $r = -.64, p < .01$ ). No se encontró diferencia significativa en la ansiedad entre la población del segundo y tercer trimestre de embarazo. La dimensión de adaptación que obtuvo mayor puntaje fue la de identificación con el rol materno ( $\bar{X} = 21.44, DE = 4.11$ ) y la de menor puntaje fue relación con la madre ( $\bar{X} = 13.31, DE = 4.05$ ). Se observó que existe una asociación significativa entre adaptación con edad ( $r = -.167, p < .05$ ) y con escolaridad ( $r = -.147, p < .05$ ). La aceptación del embarazo con edad ( $r = -.280, p < .01$ ) y con escolaridad ( $r = -.190, p < .01$ ), con ingreso económico ( $r = -.152, p < .05$ ) y con inicio de control prenatal ( $r = .186, p < .01$ ); la preocupación por el parto con escolaridad ( $r = -.204, p < .05$ ), con ingreso económico ( $r = -.138, p < .05$ ), y con semanas de gestación ( $r = -.149, p < .05$ ) y el temor a la pérdida de control se asoció con edad ( $r = -.164, p < .05$ ). Esto sugiere que las mujeres de menor edad, menor escolaridad, menor ingreso económico, menor semana de gestación y entre más tarde inicien su control prenatal menor adaptación, menor aceptación al embarazo y mayor es el temor de perder el control en el parto y de que la embarazada se sienta desamparada.

FIRMA DE DIRECTOR DE TESIS \_\_\_\_\_

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	3
Estudios Relacionados	7
Definición de Términos	11
Hipótesis	12
Objetivos	13
Capítulo II	
Metodología	14
	14
Diseño del Estudio	14
Población, Muestreo y Muestra	15
Criterios de Inclusión	15
Instrumentos	16
Procedimiento para la Recolección de Datos	17
Consideraciones Éticas	18
Análisis de Resultados	
Capítulo III	19
Resultados	19
Consistencia Interna de los Instrumentos	20



Datos Sociodemográficos y Ginecoobstétricos	21
Estadística Descriptiva	Página
Contenido	
	22
Estadística Inferencial	
Capítulo IV	30
Discusión	32
Conclusiones	32
Recomendaciones	
	34
Referencias	
	36
Apéndices	37
A Cédula de Datos de Identificación	38
B Cuestionario de Autoevaluación IDARE	40
C Cuestionario de Autoevaluación Prenatal Lederman (PSEQ)	45
D Permiso de Institución de Salud	46
E Consentimiento Informado	

Listas de Tabla	Página
Tabla	
1. Consistencia Interna de las dimensiones adaptación psicosocial	19
2. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables sociodemográficos y obstétricas.	21
3. Estadística descriptiva de ansiedad y adaptación y prueba de Kolmogorov-Smirnov.	22
4. Matriz de correlación de Spearman entre ansiedad y las dimensiones de adaptación.	23
5. Prueba de Ji Cuadrada para nivel de ansiedad según tipo de embarazo.	25
6. Coeficiente de correlación de Spearman entre dimensiones de adaptación psicosocial y factores sociodemográficos y obstétricos.	26
7. Prueba de $U$ de Mann-Whitney para las diferencias de las dimensiones de adaptación por estado civil.	27
8. Prueba de $U$ de Mann-Whitney para diferenciar las dimensiones de preocupación por el bienestar de ella y del bebé y relación con el esposo, por ocupación.	28
9. Prueba de $U$ de Mann-Whitney para la diferencia de ansiedad y aceptación del embarazo por trimestre de inicio de control prenatal.	29

## Listas de Figuras

Página

Figura

1. Diagrama de dispersión entre ansiedad y adaptación  
psicosocial

24

## Capítulo I

### Introducción

El primer embarazo no debe visualizarse sólo como un evento fisiológico, sino como una etapa de transición psicosocial en la vida de la mujer, debido al cambio en su rol, ya que pasa de ser una mujer sin hijos a una con hijos. Este cambio enfrenta a la mujer a la maternidad, lo que puede resultar para muchas de ellas algo natural, porque han sido socializadas para ello, sin embargo para otras es mucho más complicado, por lo que puede generar ambivalencia en tener al bebé o no, además de que se enfrentan a un futuro incierto para ella y su bebé que genera ansiedad (Lederman, 1996, p 19).

Algunos investigadores señalan que la ansiedad es la manifestación del estrés (Nichols & Humenick, 1998; Salvatierra, 1989). Por su parte, Lazarus (1986) define al estrés psicológico como “una reacción particular entre un individuo y su entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar y se manifiesta como ansiedad”. Toval y Cano (1985) señalan que en una situación de estrés, el cerebro envía señales químicas que activan la secreción de hormonas catecolaminas, entre ellas la adrenalina de la glándula suprarrenal, las hormonas inician una reacción en cadena en el organismo: el corazón late más rápido y la presión arterial sube, la sangre es desviada de los intestinos a los músculos para huir del peligro y el nivel de insulina aumenta para permitir que el cuerpo aumente su metabolismo y genere más energía. Estas reacciones permiten evitar el peligro, a corto plazo no son dañinas, sin embargo si la situación persiste, puede resultar nociva.

Algunos autores han encontrado que cierto nivel de ansiedad en la embarazada se manifiesta como parte del proceso adaptativo, que explican las fluctuaciones en el estado de ánimo, la hipersensibilidad, el pesimismo y la preocupación e interés que tiene la mujer por su salud en el embarazo, estos síntomas favorecen a que ella busque en su interior las herramientas para afrontarlo (Torres, 2004). Sin embargo, cuando el nivel de

ansiedad es alto, el efecto es adverso, la mujer se siente inútil, incapaz de afrontar el embarazo y el cuidado de su persona, lo que puede afectar a su salud física y mental e influye en la salud del bebé y su desarrollo (Misri et al., 2004).

El embarazo está clasificado en dos tipos, de bajo y alto riesgo. El primero es cuando no hay riesgo obstétrico inminente, mientras que el segundo es cuando existe un riesgo obstétrico y éste es atribuido a todos aquellos factores externos o internos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, parto y puerperio (Secretaría de Salud [SS], 2000).

Dentro del riesgo obstétrico se señalan algunas condiciones maternas que aumentan los peligros para la salud de la madre o del feto, entre ellos se encuentran: ser adolescente embarazada, con edad ginecológica (menarca) menor a dos años, diabetes mellitus, multigravidez, nefropatía, edad de 35 años a más, abortos, cesárea previa, hemorragia en la segunda mitad del embarazo, cardiopatía, hipertensión, intervalo intragenésico menor a dos años, preeclampsia y eclampsia. En México el 56.6 % de las mujeres embarazadas tienen algún factor de riesgo obstétrico (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2004).

Torres (2004) señala que las enfermedades inesperadas generan mayor demanda psicológica y conductual, por lo que cuando la embarazada sabe que cursa un embarazo de riesgo, desencadena un mayor nivel de ansiedad. Respecto a lo anterior en un estudio realizado por Aguilar, Morales y Barranco (1998) en la Ciudad de México, encontraron que las mujeres diabéticas presentaron mayor ansiedad que las no diabéticas. En sentido contrario Morales, Luque y Barroso (2002), se propusieron identificar la prevalencia de las alteraciones emocionales en mujeres con eventos Ginecoobstétricos y encontraron que las que tenían un evento obstétrico presentaban más alteraciones emocionales que las de padecimientos ginecológicos. Sin embargo, las mujeres con complicaciones del embarazo presentaron menos molestias emocionales entre ellas la ansiedad.

Ante esta controversia entre los autores, no se puede asegurar si las embarazadas

de alto riesgo presenten mayor ansiedad que las de bajo riesgo. Además en México, sólo se encontró un estudio que aborda la variable de ansiedad, en relación sólo con dos dimensiones de la adaptación psicosocial en primigestas de bajo riesgo (Delabra, 2005), por lo que se desconoce cómo se presenta este fenómeno en primigestas de alto riesgo.

Por lo anterior se realiza la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad en embarazadas primigestas de bajo y alto riesgo obstétrico?

Los resultados ayudarán a que las enfermeras conozcan estas variables (adaptación psicosocial y ansiedad) y puede motivar a otras enfermeras a seguir estudiando sobre estas variables, para posteriormente realizar estudios de intervención, que en un futuro podrían apoyar para mejorar la práctica de enfermería en este grupo de población.

### *Marco de Referencia*

Este estudio se basó en los conceptos de adaptación psicosocial al embarazo de Lederman (1996) y ansiedad estado de Spielberger y Guerrero (1975). El modelo de adaptación psicosocial, considera al embarazo en primigestas como un período de transición entre el rol de una mujer sin hijo a una con hijo, esta transición inicia cuando la mujer se sabe embarazada y termina en el posparto.

Durante este proceso se lleva un cambio de paradigma, respecto a la autoimagen, creencias, valores, prioridades, patrones de conducta, relaciones con otros y sistema de habilidades de solución de problemas. Un cambio de paradigma es estimulado cuando ocurre una nueva etapa del ciclo de vida, en este caso, el primer embarazo. Este cambio enfrenta a la mujer al rol de madre, que puede ser percibido como una gran responsabilidad, que genera en ella inquietudes, dudas y trata de buscar respuestas ante este cambio, en ese momento inicia el proceso de adaptación. Por lo que se puede

conceptualizar a la adaptación psicosocial como la percepción de la mujer acerca de sus sentimientos y habilidades para aceptar las responsabilidades, tareas del embarazo y la maternidad (Lederman, 1996, p. 19).

El modelo propuesto por Lederman considera siete dimensiones, que señala comprenden el proceso de adaptación. Éstas son las preocupaciones sobre la salud de ella y su bebé, aceptación al embarazo, identificación del rol de madre, preparación del parto, temor a la pérdida de control y desamparo, relación con la madre y relación con la pareja (1996, p. 19).

La primera dimensión que la mujer se enfrenta en su embarazo son sus preocupaciones por el bienestar de ella y su futuro bebé al desconocer el desenlace de su embarazo. La mujer desde que se sabe embarazada, inicia con miedos respecto a la salud del bebé e incluso de ella misma. Enfrenta el miedo a la incertidumbre de morir ella o su bebé en el parto. También presenta sueños en los que pueden visualizar a su bebé con malformaciones o donde ellas mueren en el transcurso del embarazo o parto (Lederman, 1996, p. 282).

La segunda dimensión es la aceptación de su embarazo, esta dimensión consiste en que la primigesta debe asimilar el embarazo hacia su modo de vida, en donde es común que ella presente euforia y al mismo tiempo estar invadida por dudas, reconoce los pros y los contras del mismo, piensa si es el mejor momento, si esta dispuesta a perder su independencia, a tolerar los cambios en su cuerpo y de su autoimagen y sobre todo a reconocer cuales estilos de vida son inadecuados para modificarlos y conservar el embarazo en las mejores condiciones de vida posibles.

También implica reconocer que el niño es un ser independiente y significativo en su vida, por lo que tendrá respeto por el niño y los derechos de éste. Al llevar a cabo estas modificaciones favorece a que se consolide la relación madre e hijo. Sin embargo, cuando la pérdida de un estilo de vida anterior no esta balanceado claramente por la satisfacción percibida por la espera del niño, entonces aumenta la ambivalencia y la

transición es resistida, por lo que resulta un gran nivel de tensión y ansiedad. Al término del embarazo, la mujer podría estar en un estado de inquietud cuando se enfrenta con la inminente aparición del infante, si no ocurren las modificaciones en su paradigma, presenta una inquietud que podría ser intensificada por presiones sociales y expectativas; del mismo modo comienza a estar más nerviosa, se siente atrapada y sin escape aparente. La ansiedad excesiva puede afectar el curso del parto, como complicaciones en el bienestar de la madre y niño (Lederman, 1996, pp. 31-53).

La tercera dimensión es la identificación con el rol de madre. Esta dimensión o tarea de desarrollo, es necesaria para que se lleve a cabo el proceso de adaptación maternal, debido a que al saber que ella pronto asumirá el rol de madre, buscará a su progenitora y pondrá atención en cómo lo lleva a cabo, reflejándose en ella. Además, debe de dar individualidad a su futuro bebé y reconocerlo como otra persona dependiente de ella. Para la primigesta esta tarea debe ser básica para que al momento de nacer el hijo, este lista para la separación del bebé de su cuerpo. Si la primigesta no está preparada para este nuevo rol y se enfrenta en forma súbita al nacimiento de su hijo, puede resultar un incremento de la ansiedad. Esta dimensión está muy relacionada con la relación con la madre (Lederman, 1996, pp. 54-89).

La cuarta dimensión es la preparación para el parto. Una de las preocupaciones que la primigesta presenta son la preparación para el nacimiento, los miedos y ansiedades acerca del dolor y su papel en el mismo. Según Lederman (1996, pp. 152-187) la embarazada busca por diversos medios de aprender, lo puede hacer mediante películas, leer libros sobre el tema, platicar con mujeres que hayan tenido esta vivencia y tomar cursos de preparación para el parto; una mujer preparada tendrá mayor confianza en sí misma. Tales esfuerzos están orientados a disminuir el miedo a lo desconocido, se pregunta como actuará en el parto, cómo llegará al hospital y si lo hará a tiempo. Una falta de preparación para el parto incrementa a la primigesta la ansiedad. Esta dimensión está fuertemente relacionada con las preocupaciones por el bienestar de ella y su bebé y



la de temor a la pérdida de control.

La quinta dimensión o tarea: el temor a la pérdida de control y desamparo: en esta dimensión cuando una mujer aprende y se prepara para los eventos del parto se enfrenta todavía con otra paradoja; aun cuando piensa que no tiene control sobre sus contracciones, debe tomar un cierto grado de responsabilidad para el curso del evento, debe de escuchar a su cuerpo y trabajar efectivamente con él y amablemente aceptar la ayuda cuando la necesite. El miedo de perder el control puede ser adaptativo o puede ser no adaptativo si éste comienza a ser demasiado confuso. Las asociaciones de dolor pueden disparar miedos acerca de la pérdida del control y una subsecuente pérdida de autoestima (Lederman, 1996, pp. 188-200).

La sexta dimensión es la relación con la madre. En esta tarea, después de que se percata que tiene que enfrentar el nuevo rol, la primigesta enfoca su atención en su madre y la enfrenta a una reevaluación de su relación que tiene con ella y si era de conflictos, trata de conciliarse, porque una de las necesidades percibidas por la gestante es sentir la empatía de alguien, que le brinde consejos para su embarazo, parto y el cuidado de su hijo; así que estará atenta ante la disposición que tiene su madre para orientarla sobre este proceso. Además también percibirá la aprobación de ella en la toma de decisiones respecto al hijo que tendrá, por lo que el papel de su madre es proporcionar autonomía a la primigesta, permitiendo que la gestante viva la experiencia y no sustituirla, lo que permite evolucionar en su desarrollo psicosocial. Si la progenitora de la embarazada asume esta actitud, facilitará la adaptación al rol de madre e identificación con el mismo (Lerderman, 1996, pp. 90-109).

Un análisis de la interrelación de esta variable con otras del embarazo, indican que una buena relación con la madre, ayuda a construir un fundamento sólido para identificar el rol propio de la maternidad. Una buena relación madre-hija también está asociada con un grado razonable de auto-confianza respecto a la maternidad y con menos miedo y ansiedad en el embarazo y el nacimiento.

La séptima dimensión es la relación con la pareja. En esta dimensión la primigesta durante el curso de su embarazo, se preocupa por el cambio de rol de padre y esposo que tendrá su pareja., esto incluye la disponibilidad que tendrá en el cuidado de su hijo, en su relación marital, así como en el área financiera. La gestante esperará entonces que su pareja sea comprensivo, empático, que le brinde afecto y sienta que cuenta con él, ante cualquier adversidad (Lederman, 1996, pp. 110-151).

Si la primigesta pierde el control sobre sus emociones, se presenta ansiedad, la cual es clasificada en dos tipos: la Ansiedad Estado y la Ansiedad Rasgo, la primera es considerada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientes percibidos de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema autonómico, aquí los estados de ansiedad pueden variar de intensidad y fluctuar a través del tiempo. El segundo tipo de ansiedad es la rasgo que se refiere a las diferencias entre las personas respecto a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes y se manifiesta con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado, posee disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos (Spielberger & Guerrero, 1975) para fines de este estudio sólo se abordará la ansiedad estado.

### *Estudios Relacionados*

A continuación se presentan los estudios relacionados que apoyan la investigación, se iniciará por los de adaptación psicosocial, posterior a ellos, ansiedad en embarazadas.

Lederman et al. (1979) en Estados Unidos, realizó un estudio para conocer la relación entre las adaptación psicosocial y la ansiedad, en 32 mujeres primigestas, de 20 a 32 años, de una clínica donde se ofrecían clases de Lamaze para preparación del parto. Los resultados muestran una correlación positiva con una  $p < .01$ , de la ansiedad con las siguientes dimensiones de la adaptación psicosocial: miedo a la pérdida de control

( $r = .70$ ), miedo a quedarse sin apoyo ( $r = .64$ ), identificación con el rol paternal ( $r = .62$ ), miedo al dolor al parto ( $r = .58$ ), relación con la madre ( $r = .51$ ), y aceptación del embarazo ( $r = .33$ ). Ello significa que hay mayor ansiedad cuando la mujer tiene mayor miedo a la pérdida de control, a estar sola o desamparada, mayor miedo al dolor al parto, a una relación deficiente con su madre y pobre aceptación de su embarazo. Lo anterior significa que a menor adaptación psicosocial mayor ansiedad.

Delabra (2005) en la ciudad de Monterrey, N. L, estudió dos dimensiones de la adaptación psicosocial de Lederman: preparación del parto y preocupación sobre el parto y su relación con ansiedad estado y rasgo, en una población de 174 primigestas, de 17 a 33 años. Reportó que la media de ansiedad estado fue de 30.99 ( $DE = 14.67$ ). Los hallazgos muestran correlación entre la preparación para el parto y la ansiedad estado ( $r = -.242, p < .01$ ), que significa que a mayor preparación sobre el parto, menor ansiedad reportada por la embarazada. Mientras que la asociación entre las preocupaciones sobre el parto y la ansiedad estado fue positiva ( $r = .575, p < .01$ ), lo que significa que al aumentar las preocupaciones sobre el parto genera mayor ansiedad estado en la embarazada, así mismo encontró correlación de la edad con ansiedad ( $r = -.207, p < .01$ ) con preocupaciones sobre el parto ( $r = -.227, p < .01$ ), por lo que al disminuir la edad se incrementa la ansiedad y las preocupaciones del parto.

Lederman, Silva, López y Delabra (2006) con el propósito de determinar la relación de la adaptación psicosocial en el embarazo y en el posparto estudiaron 52 primigestas en Monterrey, N.L. Encontraron una media de edad de 20 años ( $DE = 3.25$ ), el 53.9 % cursaron secundaria, el 76.19% son amas de casa, el 90.38% eran casadas, se aplicó la versión en español del Prenatal Self- Evaluation Questionnaire (PSEQ). Las medias obtenidas en las dimensiones fueron la preocupación por el bienestar de ella y su bebé fue de 21.62 ( $DE = 6.2$ ), aceptación del embarazo 19.37 ( $DE = 3.68$ ), Identificación con el rol de madre 21.26 ( $DE = 4.75$ ), preparación para el parto

21 ( $DE = 4.56$ ), temor a la pérdida de control y desamparo 20.13 ( $DE = 4.47$ ), relación con la madre 16.06 ( $DE = 6.09$ ) y relación con el esposo de 14.39 ( $DE = 3.76$ ) y para la Adaptación general fue 131.66 ( $DE = 21.17$ ). Hubo una mejor adaptación en la relación con el esposo y una menor adaptación de la preocupación por el bienestar de ella y su bebé.

Además señala que la aceptación del embarazo fue mayor en mujeres casadas que en unión libre ( $F = 4.97, p < .01$ ), ( $\bar{X} = 18.36 \pm 5.4$  vs  $\bar{X} = 23.33 \pm 5.28$ ) y la preparación para el parto fue mayor en primigestas con nivel de escolaridad mayor que de secundaria ( $F = 6.20, p < .01$ ), ( $\bar{X} = 15.00 \pm 6.8$  vs  $\bar{X} = 22.61 \pm 3.97$ ), también hubo diferencia en la ocupación ( $t = 2.18, p < .01$ ), siendo mayor en las mujeres con empleo que con las amas de casa y desempleadas ( $\bar{X} = 15.75 \pm 6.40$  vs  $\bar{X} = 21.93 \pm 3.99$ ).

Kielh y White (2003) investigaron la adaptación maternal durante el parto entre mujeres de Noruega, Suecia y los Estados Unidos, en 147 mujeres sanas primíparas en su tercer trimestre de embarazo. Reportaron una relación positiva entre las variables sociodemográficas familiares y la adaptación maternal; en las madres noruegas y la de EU se encontró que entre mayor era la edad de la madre, mayor era la aceptación del embarazo ( $r = 0.40, p < 0.01$ ) en contraste entre más joven fuera la madre sueca mayor la sensación de bienestar durante el embarazo ( $r = 0.34, p < 0.01$ ).

Morales et al. (2002), en la ciudad de México en un estudio cuyo propósito era establecer la prevalencia de las alteraciones emocionales en mujeres de la consulta de ginecobstetricia, así como determinar la posible interacción entre variables sociodemográficas con complicaciones obstétricas, utilizaron el Cuestionario General de Salud de Goldberg, a 328 mujeres de nuevo ingreso al hospital de tercer nivel, de las cuales 225 eran pacientes obstétricas y 103 ginecológicas para valorar su estado emocional, encontrando que las pacientes obstétricas resultaron con puntajes significativamente mayores de ansiedad con respecto a las ginecológicas

( $F = 1.52, p < 0.01$ ). Así mismo, se encontró que el 52.1% de la población manifestó suficientes síntomas para considerarse caso probable, siendo un porcentaje mayor en las pacientes obstétricas (62.2%) con respecto a las pacientes ginecológicas. Así mismo se encontró que las mujeres que presentaban más complicaciones presentaron menor malestar emocional ( $F = 1.523; p = 0.027$ ), ( $9.22 \pm 5.9; 11.9 \pm 4.72$ ).

Gurung, Dunkel-Schetter, Collins, Rini y Hobel (2005), en Estados Unidos evaluaron cuales factores personales, interpersonales y contextuales podrían predecir las percepciones de ansiedad prenatal, en una muestra de 453 embarazadas de alto y bajo riesgo, sólo las que habían tenido un óbito o embarazo múltiple fueron excluidas del estudio. Los reportes señalan una asociación en el segundo trimestre entre edad ( $r = -.13, p < .01$ ), ingreso ( $r = -.12, p < .01$ ), estabilidad marital ( $r = -.17, p < .01$ ), riesgo médico ( $r = .12, p < .01$ ), apoyo del esposo ( $r = -.18, p < .01$ ) y control ( $r = -.17, p < .01$ ) con ansiedad prenatal y a finales del tercer trimestre no hubo relación con riesgo médico. Lo anterior significa que las mujeres al tener menos ingresos económicos, edad, apoyo del esposo, control de sí mismas y estabilidad marital tienen mayor nivel de ansiedad. Respecto al riesgo médico entre mayor sea este mayor ansiedad, sólo que al final del tercer trimestre el riesgo médico no se relación con la ansiedad, al parecer las mujeres al ir avanzando su embarazo van aceptando el proceso del embarazo y la posible complicación, por lo que disminuye la ansiedad.

Alvarado, Medina y Aranda (2002), estudiaron primigestas en cuyo con el fin de evaluar el efecto de diferentes variables psicosociales (eventos vitales, apoyo social y distrés emocional) durante el embarazo, en la edad gestacional y el peso recién nacido en una población de 192 embarazadas provenientes de tres centros de Santiago de Chile, en un período de cuatro meses, donde se utilizó la escala de Goldberg y un cuestionario de factores de riesgo. Los resultados muestran que la edad de las embarazadas osciló entre 15 y 40 años, el 52.1% era casadas y el 42.2% primigestas, en cuanto al cuestionario de factores de riesgo el 43.2% presentaban alguna patología del embarazo, las tres más

frecuentes fueron infección urinaria (16.7%), hipertensión arterial (10.9%) y anemia (10.9%). En relación a la Escala de Goldberg el puntaje mínimo es de 0 y el máximo de 30, resultando en la muestra un rango entre 2 y 30, con un promedio de 13.7 puntos ( $DE = 5.9$ ). Si se considera el punto de corte de 10/11 que fue encontrado por Trucco y cols 14 para la validación de este instrumento en ese país, el 61.5% de las gestantes tendrían valores de 11 o más puntos. Esto significa que más de la mitad de las mujeres presentan alteraciones emocionales entre ellas la ansiedad. Sin embargo no reportan si existen diferencias de esta en las mujeres que presentaban complicaciones con las que no las presentaba.

Aguilar, Morales y Barranco (1998), compararon dos grupos de embarazadas, 100 con diabetes mellitus y 100 sanas, se les midió la ansiedad estado. Los resultados muestran lo siguiente: el grupo de diabéticas mostró una media de ansiedad estado de 36.98 ( $DE = 9.36$ ) mientras que las no diabéticas la media fue de 41.20 ( $DE = 10.66$ ), la diferencia entre los grupos fue significativa ( $t = -2.56, p < .011$ ), esto significa que las mujeres diabéticas presentan menor ansiedad que las mujeres embarazadas no diabéticas.

En resumen los estudios muestran que existe relación significativa entre la variable ansiedad con algunas de las dimensiones de la adaptación psicosocial en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Se encontró sólo un estudio con población mexicana, donde se correlaciona positivamente dos de las siete dimensiones de la adaptación psicosocial con la ansiedad estado. Además se observa que dos estudios señalan que la mujer con riesgo obstétrico muestra mayor ansiedad estado, en contraste con dos estudios que señalan lo contrario.

### *Definición de Términos*

Adaptación psicosocial es la percepción de las embarazada primigestas sobre sus sentimientos acerca de la aceptación de la maternidad, sus habilidades y recursos para

enfrentarla, la conforman siete dimensiones (Lederman, 1996).

1. Preocupación por su bienestar y el del bebé durante el parto: son los miedos que la mujer tiene sobre la salud de ella y de su bebé.
2. Aceptación al embarazo: considerada como la planeación y deseo de la mujer por el embarazo.
3. Identificación con el papel de madre: es la motivación y preparación para la maternidad, se manifiesta por conductas de vinculación materno-fetal.
4. Preparación para el parto: considerada como la información que tiene la mujer sobre el nacimiento de su futuro bebé y se manifiesta con conductas que debe realizar en el parto.
5. Temor al dolor, soledad y pérdida de control en el parto: es la habilidad que tiene la mujer para afrontar la tensión, dolor y mantener el control.
6. Relación con la madre: es la vinculación de la madre e hija, se manifiesta por disponibilidad de la madre con la embarazada, sus reacciones al embarazo de su hija, respeto a la autonomía de su hija, deseo de recordar buenos momentos, empatía de la embarazada hacia su propia madre.
7. Relación con el esposo/pareja: vínculo entre la embarazada y su pareja, y se manifiesta por preocupación mutua por las necesidades de la pareja y cómo influye el embarazo en la relación.

Ansiedad estado es la condición emocional transitoria en la embarazada caracterizada por sentimientos subjetivos, concientes percibidos de tensión y aprensión sobre el embarazo y parto (Spielberger y Guerrero, 1975).

### *Hipótesis*

H<sub>1</sub>. A mayor adaptación psicosocial materna al embarazo menor ansiedad en mujeres embarazadas de alto y bajo riesgo.

*Objetivos*

1. Determinar la diferencia entre la ansiedad en mujeres de bajo y alto riesgo.
2. Determinar la diferencia entre la adaptación psicosocial en mujeres primigestas de bajo y alto riesgo.
3. Determinar los factores sociodemográficos y obstétricos que se asocian a la adaptación psicosocial y ansiedad en primigestas.



## Capítulo II

### Metodología

Esta sección se refiere al proceso metodológico que se siguió para la realización del presente trabajo de investigación, en el cual se incluye diseño de investigación, población de estudio así como el muestreo y tamaño de la muestra, criterios de inclusión, los instrumentos que se utilizaron, procedimiento para la recolección de datos, los aspectos éticos y análisis de resultados.

#### *Diseño del Estudio*

El diseño del estudio fue descriptivo y correlacional (Polit & Hungler, 1999), porque se describen las variables del estudio adaptación psicosocial y ansiedad, además de la relación entre ellas, y se compararon dos grupos de embarazadas, de alto y bajo riesgo.

#### *Población, Muestreo y Muestra*

La población del estudio estuvo conformado por mujeres embarazadas primigestas de bajo y alto riesgo obstétrico de una institución pública de tercer nivel de atención en Monterrey, Nuevo León, el muestreo fue probabilístico sistemático de uno en dos embarazadas primigestas. La muestra se calculó a través del paquete nQuery Advisor 4.0 con un nivel de significancia de .05 con una correlación alternativa de .20 y una potencia de .90 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000) lo que resultó en un tamaño de muestra de 212 embarazadas. De las cuales fueron divididas en forma proporcional quedando para el grupo de bajo riesgo 108 y 104 para las de alto riesgo.

### *Criterios de Inclusión*

Embarazadas primigestas en el segundo (13-26 semanas) y tercer trimestre (27-40 semanas) de embarazo, que tuvieran pareja y madre o una figura materna, en el momento de la recolección de datos.

### *Instrumentos*

Se utilizaron 2 instrumentos y una Cédula de Identificación (apéndice A), que esta constituida por 8 preguntas, 5 para datos sociodemográficos y 3 para datos obstétricos. Para medir la variable ansiedad se utilizó el Cuestionario de Auto-evaluación de Ansiedad Estado y Rasgo (IDARE) (Apéndice B), elaborado por Spielberger y Guerrero (1975). Para fines de este estudio sólo se aplicó el de ansiedad estado, este instrumento es una escala tipo Likert contiene 20 reactivos en el que se incluye cuatro opciones de respuesta donde 1 significa nada, 2 algo, 3 más o menos y 4 mucho. Para su análisis se invirtieron los valores de los reactivos 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20, el puntaje máximo es de 80 puntos, y el mínimo de 20 puntos y significa que a mayor puntaje obtenido mayor ansiedad. El alfa de Cronbach reportado en población mexicana es de .84 (Delabra, 2005). La ansiedad se clasificó en cinco niveles, si el rango es de 20 a 31 es Ansiedad muy baja, de 32 a 43 es ansiedad baja, de 45 a 55 la ansiedad es media, de 56 a 67 es ansiedad alta y por último si el rango es 68 a 80 la ansiedad muy alta (Izquierdo, 2003).

El instrumento que se utilizó para medir la adaptación psicosocial es el “Perinatal Self- Evaluation Questionnaire Scale” (PSEQ), versión en español (apéndice C) elaborado por Lederman (1979), en el que se incluyen siete subescalas: bienestar de uno mismo y del bebé, aceptación del embarazo, identificación del papel de madre, preparación para el parto, temor a perder el control y al desamparo, relación con la madre y la relación con el esposo, la cual consta de 79 reactivos, con cuatro opciones de respuesta que va de uno a cuatro, donde uno significa nada, dos algo, tres moderado y cuatro mucho. Los

reactivos en los que se invertirán sus valores para su análisis son los que la oración esta en forma positiva y estas son: 1- 4, 6- 8, 10-12,14- 15, 18- 26, 28, 31- 33, 35- 38, 40- 50, 53, 55- 56, 59, 60-61, 70- 75, 78 y 79; con valor mínimo de 79 y un máximo de 316; y su interpretación es a mayor puntaje menor adaptación psicosocial. El alfa de Cronbach reportado por Lederman oscila de .77 a .92 en sus 7 dimensiones, no señala el alfa del instrumento completo. En México, Delabra (2005) reporta .69 y .72 para las dimensiones de preparación para el parto y preocupaciones sobre el parto respectivamente. Lederman, et al. (2006), señalan un alfa para el PSEQ, oscilando entre 67 y 90.

#### *Procedimiento para la Recolección de Datos*

Después de obtener la autorización por los directivos de la Institución en donde se realizó el estudio (Apéndice D), así como de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León se procedió a solicitar al jefe de la consulta un lugar para la aplicación de los instrumentos. Las mujeres del estudio se localizaron en la consulta de obstetricia de alto y bajo riesgo en el momento que acudieron a la misma en el hospital seleccionado. A continuación con la lista de las pacientes citadas se revisaron los expedientes para corroborar quienes eran primigestas y en que trimestre cursaban, en seguida se les preguntó a cada una de ellas si tenían mamá y pareja, se escogió a la segunda de la lista y de ahí se seleccionaron de uno en dos.

Posteriormente, se le invitó a participar en el estudio, se le proporcionó la información acerca de los objetivos de la investigación , se mencionó que toda información será confidencial y que podía retirarse del estudio en el momento que deseara. Si la participante aceptaba en seguida se solicitó firmar el consentimiento informado (Apéndice E) donde autorizó su participación. Subsiguientemente, se llenó la cédula de identificación (Apéndice A), en seguida la autora de este estudio aplicó todos

los instrumentos de IDARE (Apéndice B), y el PSEQ (Apéndice C). Para facilitar sus respuestas se les proporcionó un cartoncillo con las opciones de respuesta a las participantes. Al término se revisaron los instrumentos para asegurarse que estuvieran completos y se agradeció la participación de las embarazadas.

### *Consideraciones Éticas*

La presente investigación se apegó a lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud, SS, 1987), ya que se considera de riesgo mínimo según el Capítulo I, artículo 17, fracción II porque se obtuvo la información a través de un cuestionario en el que se abordaron aspectos relacionados con su estado de ánimo y con la aceptación del embarazo así como las relaciones con la madre y la pareja. Se protegió la individualidad y anonimato de las participantes, de acuerdo a lo que se establece en el Artículo 16, Capítulo 1, ya que en el estudio no se incluyó nombre de la persona, domicilio, ni cualquier otro dato que pudieran identificarlas.

En el presente estudio prevaleció ante todo el respeto y dignidad de las pacientes y la protección de sus derechos y bienestar, para ello se recibió el dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, de acuerdo a lo estipulado en los artículos 13 y 14. Además fue realizado por profesionales de la salud como lo marca el artículo 14 de este reglamento. Se les explicó en forma clara el objetivo de la investigación así como la libertad de retirarse del estudio en el momento que ellas desearan, sin que esto ocasionara algún problema en su consulta, como se establece en el Artículo 21, Fracción I, IV, VI y VII. Al aceptar la embarazada se le otorgó el consentimiento informado para su firma (ver Apéndice E) de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 20, 21 y 22.

### *Análisis de los Resultados*

Para analizar los datos del estudio primero se capturaron en una base de datos previamente elaborada, mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 11.0, para la consistencia interna se obtuvo el alfa de Cronbach, posteriormente se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para identificar la distribución de la muestra, se obtuvieron frecuencias y porcentajes y medidas de tendencia central. Posteriormente se realizaron los índices para las dimensiones. Para la comprobación de la hipótesis del estudio se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson porque las variables salieron con distribución normal, sin embargo las dimensiones en su mayoría mostraron no tener distribución por lo que se decidió utilizar el coeficiente de correlación de Spearman para la presentación de las correlaciones.

Para analizar el objetivo 1 y 2 se utilizó la  $t$  de Student para las variables de distribución normal y la Prueba  $U$  de Mann-Whitney para las variables que no tuvieron distribución normal.

Para el objetivo 3 se utilizó el coeficiente de correlación Spearman y la  $U$  de Mann-Whitney.

### Capítulo III

#### Resultados

En este capítulo se describen la confiabilidad de los instrumentos, los datos sociodemográficos y obstétricos de la población, así como las variables de interés mediante la estadística descriptiva y posteriormente se presentaran los resultados según la hipótesis y objetivos planteados.

#### *Consistencia Interna de los Instrumentos*

El Alfa de Cronbach para los Cuestionarios de Adaptación Psicosocial (PSEQ) de Lederman, y el Instrumento de Ansiedad Estado de Spielberger fueron de .93 y .82 respectivamente, considerados como aceptables (Polit & Hungler, 1999, p 399), en la Tabla 1 se muestran las alfas obtenidas para las dimensiones de adaptación psicosocial.

Tabla 1

#### *Consistencia interna de las dimensiones de adaptación psicosocial*

Dimensiones	Reactivos	Alpha de Cronbach
Preocupación por el bienestar de ella y de el bebé	10	.86
Aceptación del embarazo	14	.78
Identificación del papel de madre	15	.65
Preparación para el parto	10	.76
Temor a perder el control y desamparo	10	.75
Relación con la madre	10	.82
Relación con el esposo	10	.80
Total	79	.93

Fuente: PSEO

$n = 212$

*Datos Sociodemográficos y Ginecoobstétricos*

Los resultados en este estudio muestran que de las 212 mujeres embarazadas, el 77.4% esta casada y el resto en unión libre; la ocupación que predominó fue la de ama de casa con un 50%, siguiendo la de empleado con un 43.9%, la de obrera con un 57% y sólo el .5% era estudiante. Respecto al tipo de embarazo el 50.9% fue de alto riesgo y el 49.1% fue de bajo riesgo. El 75.5% cursaba el tercer trimestre y el 24.5% el segundo trimestre. El inicio de control prenatal lo lleva en el primer trimestre el 90.6% de las embarazadas y el 9.4% en el segundo.

En la Tabla 2 se puede observar que la edad media de las participantes es de 24 años, la escolaridad que dicen tener es nivel de técnico o bachiller, el ingreso mensual fue de \$3,701, que representa tres veces más que el salario mínimo para el estado de Nuevo León; y la edad media de gestación se encuentra en el tercer trimestre. La prueba Kolmogorov-Smirnov mostró que la población no se tenía una distribución normal en las variables arriba señaladas.

Tabla 2

*Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables sociodemográficas y obstétricas*

Variable	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>D</i>	<i>Valor de p</i>
Edad	24	23	5.99	15	40	.57	.01
Escolaridad	10	11	2.67	5	18	.70	.01
Ingreso Mensual	3701.00	3300.00	2117.06	800.00	15000.0 0	.58	.01
Semanas de Gestación	32	34	6.08	16	41	.17	.01
No. De Consultas	7.83	7	2.98	2	22	.86	.01

Fuente: CID

*n* = 212

### *Estadística Descriptiva*

En la Tabla 3 se muestra las estadísticas descriptivas de las variables de estudio. En ella se puede apreciar que la dimensión de adaptación que obtuvo mayor puntaje fue la de identificación con el rol materno y la de menor puntaje fue la relación con la madre. La prueba de Kolmogorov–Smirnov, muestra que solo las dos variables principales y dos dimensiones tiene distribución normal. La ansiedad y aceptación general y dimensiones de preparación para el parto y temor a la pérdida de control y desamparo tuvieron normalidad y el resto no lo tuvo.



Tabla 3

*Estadísticas descriptiva de ansiedad y adaptación y prueba de Kolmogorov-Smirnov*

<i>Variables del estudio</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>D</i>	<i>p</i>
Ansiedad	34.24	34	9.29	20	66	.12	.23
Adaptación	133.91	134.50	25.09	90	207	.77	.58
Preocupación por el bienestar de ella y el bebé	20.86	20	5.63	12	36	.43	.03
Aceptación del embarazo	19.53	18	5.25	14	44	2.57	.01
Identificación con el rol de madre	21.44	21	4.11	15	36	2.07	.01
Preparación al parto	21.29	22	5.18	10	36	.97	.29
Temor a la pérdida de control y desamparo	18.41	19	4.88	10	30	1.24	.08
Relación con la madre	13.31	12	4.05	10	30	3.19	.01
Relación con el esposo	16.13	15	4.45	10	37	2.44	.01

Fuente: IDARE y PSEQ

*n* = 212*Estadística Inferencial*

En la Tabla 4 se puede apreciar una correlación muy fuerte entre adaptación psicosocial al embarazo y ansiedad, lo que significa que a mayor ansiedad mayor puntaje en la escala de adaptación y un puntaje alto en esta escala significa menor adaptación psicosocial en la embarazada. Además se puede observar que todas las dimensiones están fuertemente relacionadas entre sí y las que mas están relacionadas con la ansiedad son preocupaciones por el bienestar de ella y el bebé y temor a la pérdida del control y desamparo en el parto. Esto significa que las embarazadas que

tienen más ansiedad son aquellas que tienen mayores preocupaciones del bienestar de ellas y el bebé, y mayor temor a perder el control y al desamparo.

Tabla 4

*Matriz de correlación de Spearman entre ansiedad y las dimensiones de adaptación*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Ansiedad	1								
2. Adaptación	.64	1							
3. Preocupación del bienestar de ella y el bebé	.64	.78	1						
4. Aceptación	.53	.71	.45	1					
5. Identificación con el Rol	.40	.68	.47	.48	1				
6. Preparación al Parto	.37	.71	.49	.43	.38	1			
7. Temor a la pérdida de control y desamparo	.66	.83	.65	.56	.49	.63	1		
8. Relación con la Madre	.31	.47	.27	.31	.27	.25	.27	1	
9. Relación con el Esposo	.38	.58	.37	.40	.35	.35	.41	.36	1

*Todas con  $p < .01$*

*n = 212*

De acuerdo a los resultados obtenidos se acepta la Hipótesis de trabajo, porque a medida que aumenta la adaptación la mujer presenta menos ansiedad.

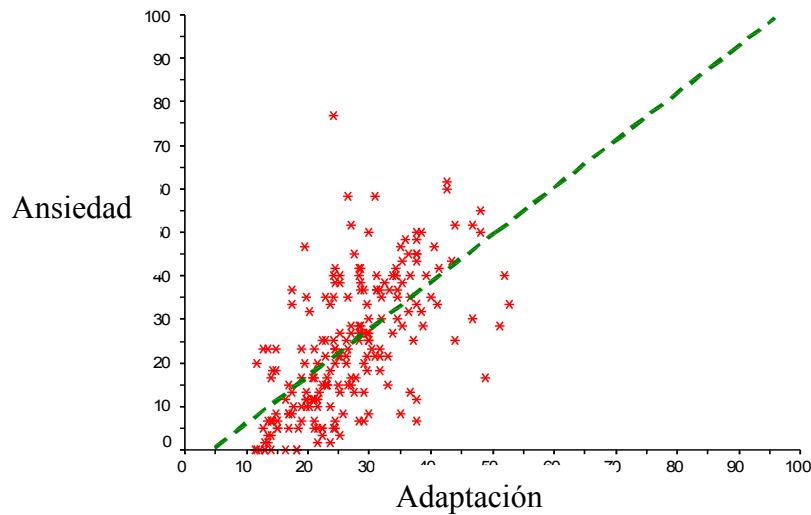


Figura 1. Diagrama de dispersión entre ansiedad y adaptación psicosocial

Respecto al objetivo número 1 que es determinar la diferencia entre el nivel de ansiedad en mujeres embarazadas de alto y bajo riesgo, se encontró que la media fue de 35.06 ( $DE = 9.58$ ) en las de alto riesgo, mientras que en las de bajo riesgo la media fue 33.38 ( $DE = 8.95$ ), sin embargo el resultado de la  $t$  de Student no fue significativa  $t(212) 1.31, p > .05$ .

En relación al objetivo 2 determinar la diferencia entre las dimensiones de adaptación psicosocial por tipo de embarazo, se aplicó una  $t$  de Student para las dimensiones, adaptación psicosocial general, identificación con el rol, preparación para el parto y temor a la pérdida del control y desamparo, pero no se encontró significancia ( $p > .05$ ). Para las dimensiones de preocupación por el bienestar de ella y del bebé, aceptación del embarazo, relación con la madre y relación con el esposo, se aplicó una  $U$  de Mann-Witnhey, no encontrándose significancia ( $p > .05$ ).

Al clasificar el nivel de ansiedad por tipo de embarazo se aplicó el estadístico  $Ji$  Cuadrada no encontrándose diferencia estadística entre la proporciones de bajo y alto riesgo obstétrico (Tabla 5).

Tabla 5

*Prueba de Ji Cuadrada para nivel de ansiedad según tipo de embarazo*

	Diagnóstico de Bajo Riesgo		Diagnóstico de Alto Riesgo		$x^2$	gl	p
	f	%	f	%			
Ansiedad muy baja	43	20.3	48	22.6	4.19	2	.123
Ansiedad baja	46	21.7	35	16.5			
Ansiedad Media y alta	15	7.1	25	11.8			
Total	104	49.1	108	50.9			

Fuente: IDARE

n = 212

Respecto al objetivo tres que fue determinar los factores sociodemográficos y obstétricos que se asocian con la adaptación psicosocial y ansiedad en primigestas, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman (Tabla 6). La adaptación general obtuvo una asociación significativa con edad y escolaridad, que significa que la embarazada con menor edad y escolaridad tienen menor adaptación. La aceptación del embarazo se correlacionó en forma negativa con edad, escolaridad, ingreso económico mensual e inicio de control prenatal fue menor, lo que significa que las mujeres de menor edad, menor escolaridad, menor ingreso económico y entre mas tarde inicien su control prenatal, menor aceptación del embarazo. La dimensión de preparación al parto obtuvo correlación negativa solo con escolaridad, esto significa que las mujeres que tienen menor preparación del parto son las que tienen menos escolaridad y la dimensión de temor a la pérdida de control y desamparo con edad, por lo tanto entre menor sea la edad mayor es el temor a la pérdida del control.

Tabla 6

*Coefficiente de correlación de Spearman entre dimensiones de adaptación psicosocial y factores sociodemográficos y obstétricos.*

Dimensión de adaptación psicosocial	Edad	Escolaridad	Ingreso Económico	No. De Consultas	Semanas de Gestación	Inicio de CPN
Adaptación General	-.167*	-.147*	-.079	-.126	-.134	.123
Aceptación al Embarazo	-.280**	-.190**	-.152*	-.131	-.104	.186**
Preparación para el parto	-.095	-.204**	-.138*	-.107	-.149*	.064
Temor a la pérdida de Control y desamparo	-.164*	-.115	-.086	-.067	-.050-	.002

Fuente: CDI, PSEQ  $p < .05^*$   $** p < .01$

$n = 212$

También se encontraron diferencias, en las dimensiones temor a la pérdida de control y desamparo, relación con el esposo y aceptación al embarazo, con estado civil. Esto significa que las mujeres con casadas tienen mejor adaptación en las dimensiones señaladas anteriormente, que las mujeres en unión libre (Tabla 7).

Tabla 7

*Prueba de U de Man-Whitney para las diferencias de las dimensiones de adaptación por estado civil.*

Dimensión de adaptación	Estado civil	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Temor a la pérdida de control y desamparo	Casada	18.06	19	4.89	318200.00	.04
	Unión libre	19.58	20.50	4.70		
Relación con el esposo	Casada	15.28	15.00	3.10	2585.50	.01
	Unión libre	19.02	17.00	6.69		
Aceptación del embarazo	Casada	18.68	18.00	4.21	2699.50	.01
	Unión libre	22.41	20.00	7.17		

Fuente: CDI, PSEQ

$n = 212$

Para la categoría de ocupación se categorizó de 4 en 2 quedando ama de casa y no ama de casa, se aplicó la Prueba de U de Mann-Whitney y se encontró diferencia en las dimensiones de preocupación por el bienestar de ella y su bebé y relación con su pareja. Las mujeres no amas de casa tienen mayores preocupaciones por ellas y sus bebes y mayor dificultad en la relación con su pareja que las ama de casa (Tabla 8).

Tabla 8

*Prueba de U de Mann-Whitney para diferenciar las dimensiones de preocupación por el bienestar de ella y del bebé y la relación con el esposo, por ocupación*

Dimensión adaptación psicosocial	Ocupación	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Preocupación por el Bienestar de ella y del bebé	Ama de casa	19.96	19.00	5.43	4553.50	.01
	No ama de casa	21.76	21.00	5.73		
Relación con el esposo	Ama de casa	15.19	14.00	3.06	4627.00	.02
	No ama de casa	17.06	16.00	5.30		

Fuente: CID, CCPN

*n* = 212

Respecto a la ansiedad se encontró diferencia sólo en el inicio del control prenatal, siendo que las mujeres que iniciaban el control prenatal durante el segundo trimestre presentan mayor ansiedad que las que lo inician en el primer trimestre (Tabla 9).

Tabla 9

*Prueba de U de Mann-Whitney para la diferencia de ansiedad y aceptación del embarazo por trimestre de inicio de control prenatal.*

Variable	Trimestre del embarazo	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Ansiedad	1er. Trimestre	33.63	33.00	8.98	1240.50	.01
	2do. Trimestre	40.05	40.00	10.46		
Aceptación del embarazo	1er. Trimestre	23.36	23.00	3.78	1216.50	.03
	2do. Trimestre	26.80	24.50	6.99		

Fuente: IDARE, CID

*n* = 212



## Capítulo IV

### Discusión

Este estudio mostró que a medida que aumenta el nivel de adaptación psicosocial al embarazo la ansiedad estado en la mujer primigesta disminuye, dato que concuerda con lo referido por Lederman (1979) y por Delabra (2005) aunque solo esta última utilizó dos dimensiones (preparación para el parto y preocupaciones del bienestar para ella y el bebé). Este hallazgo puede explicarse teóricamente con lo descrito por Lederman (1996) que cuando la mujer percibe la responsabilidad de tener un hijo, empieza a tener inquietudes respecto a su embarazo, dudas sobre el estado de su salud de ella y su bebé, al igual que con la relación con la pareja y con su madre, lo que favorece a que se incremente la ansiedad.

Respecto a la adaptación psicosocial, se encontró que las dimensiones en las cuales las primigestas tienen mayor problema para adaptarse son las de identificación con el rol materno, preparación para el parto y preocupación por el bienestar de ella y su bebé, en cambio Lederman (1981) reporta que las dimensiones que las primigestas tienen mayor problema son la de relación de la madre y la relación con el esposo y las que tienen menos conflictos son las de preparación para el parto y preocupación por el bienestar de ella y su bebé. Lo anterior se puede explicar debido a que las mujeres de este estudio no acuden a las clases de preparación del parto, en cambio las de Lederman si acudían a esos cursos. Por lo que se puede deducir que las primigestas que estén mejor preparadas tendrán menos preocupaciones por el bienestar de ellas y su bebé, así como sentirse con confianza sobre su actuación en el parto.

Respecto a la ansiedad mostrada en la embarazada en los diferentes tipos de embarazo, este estudio no encontró diferencia significativa, resultado que coincide por Alvarado, Medina y Aranda (2002), pero lo que difiere con lo reportado por Aguilar, Morales y Barranco (1998) Gurung et al. (2005) y Morales et al. (2000) ya que ellos si

encontraron diferencias; las primigestas que presentaban mayor riesgo obstétrico, presentaban mayor ansiedad. Esto puede explicarse debido a que en este estudio solo se midió la ansiedad una sola vez y la mayoría estaba cursando el tercer trimestre y en los otros estudios hicieron varias mediciones.

Cabe resaltar el hecho que casi todas las mujeres sin importar el tipo de embarazo, presentaron ansiedad, este hecho puede ser visto de forma positiva, porque la ansiedad puede ser un estímulo para que ellas busquen atención médica, tal como lo señala Torres (2004).

Otro hallazgo que sobresale de este estudio es que la mujer con menor edad y escolaridad tienen menor adaptación psicosocial. Se encontró además que una menor aceptación del embarazo fue asociada con menor edad, escolaridad, ingreso económico y si su control prenatal lo inician de manera tardía. También la primigesta de menor edad, en unión libre y no ama de casa tiene menor aceptación al embarazo y mayor dificultad con el esposo y temor a la pérdida de control y desamparo. Este resultado coincide en parte con lo referido por Kiel y White (2003), quienes reportaron que las mujeres Noruegas y Estadounidenses de mayor edad tuvieron mejor aceptación del embarazo. Estos resultados pueden ser atribuibles a que la mujer más joven no está lista para cambiar de paradigma respecto a la maternidad, puesto que algunas mujeres jóvenes están en la etapa de adolescencia, y durante esta fase de su vida todavía no terminan de asimilar los cambios que están ocurriendo en su cuerpo, por lo que al saberse embarazadas, perciben mayor dificultad en su vida, y su aceptación al embarazo es más tardía. Así mismo, la mujer en unión libre quizá perciba que su esposo no tiene el compromiso suficiente para estar con ellas y aceptar todo lo que conlleva el cuidado del hijo, así que tal vez perciba que puede ser abandonada en cualquier momento, por lo que se siente desprotegida y con baja autoestima, de tal manera que no se cree capaz de tener que soportar el dolor e incomodidad en el parto, en consecuencia su temor a perder el control se incrementa (Lederman, 2006).

Otro hallazgo es que las mujeres que presentaron menor escolaridad, menor ingreso económico y con menor edad gestacional, tuvieron menor preparación al parto, este dato coincide con Delabra respecto a la escolaridad. La explicación puede deberse a que la población de este estudio eran primigestas de bajo y alto riesgo y probablemente las mujeres que tienen un riesgo mayor necesitan buscar información de profesionales para conocer más de su situación médica, tal vez porque a medida que avanza el embarazo tiene mayor información sobre el parto, que las mujeres de bajo riesgo.

También en este estudio se encontró que cuando la primigesta inicia su control prenatal en el primer trimestre tiene menos ansiedad y mayor aceptación al embarazo así como mayor bienestar, que la que lo inicia en el segundo trimestre. Lo anterior puede ser atribuible a que el cuidado que recibe durante el primer trimestre del embarazo, le ayuda a aceptar los cambios que conlleva la gestación.

### *Conclusiones*

En este estudio se pudo concluir que a menor adaptación psicosocial mayor ansiedad en las primigestas de bajo y alto riesgo obstétrico. Así mismo no se encontró diferencia entre el nivel de ansiedad y la adaptación psicosocial en mujeres embarazadas de alto y bajo riesgo obstétrico. También se encontró que entre menor edad tenga la primigesta, menor escolaridad, menor ingreso económico, menos semanas de gestación y el iniciar en el segundo trimestre el control del embarazo, menor es la adaptación psicosocial. La mujer primigesta en unión libre y no ama de casa tienen mayor ansiedad y menor aceptación al embarazo.

### *Recomendaciones*

Se sugiere realizar otros estudios longitudinales, con mediciones en los diferentes trimestres del embarazo para poder medir la ansiedad estado y rasgo y la adaptación psicosocial en las mismas primigestas y compararlas.

Además de los instrumentos utilizados para este estudio, agregar alguna pregunta en donde se pueda saber el tiempo que tienen de padecer alguna complicación en el embarazo o si durante el mismo se presenta, con el fin de valorar si esto influye.

Realizar estudios en la mujer mexicana del centro y sur del país, para conocer si hay diferencia en la adaptación psicosocial y ansiedad.

## Referencias

- Aguilar, V., Morales, F. & Barranco, A. (1998). Depresión y pérdidas perinatales en pacientes diabéticas del Instituto Nacional de perinatología. *Perinatología y Reproducción Humana*, 12, 210- 217.
- Alvarado, R., Medina, E. & Aranda, W. (2002). El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Médica de Chile*, 130 (5), 1-11.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2004). Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *Ginecología y Obstetricia: México* 72 (6).
- Delabra, S. (2005). *Preparación para el parto, preocupaciones sobre el parto y ansiedad*. Tesis no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M. & Fotheringham, N. (2000). n'Query Advisor Copyright. Program, version 4.0.
- Gurung, R., Dunkel, Ch., Collins, N., Rini, Ch. & Hobel, C. (2005). Predictores psicosociales de ansiedad prenatal. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (4), 497-519.
- Izquierdo, R. (2003). Niveles de ansiedad en atletas de alto rendimiento. Recuperado el 14 de Septiembre de 2004, de [http://www.psicocentro.com/agi.bing\\_articulo](http://www.psicocentro.com/agi.bing_articulo).
- Kielh, E. M. & White, A. M. (2003). Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and the United States. Nordic College of Caring Sciences. *Scandinavia Journal Sciences*, 17, 96-103.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Stress, appraisal and coping*. Springer, NuevaYork.
- Lederman, R. (1996). *Psychosocial Adaptation in Pregnancy*. Assessment of seven dimensions of maternal development. (2ª ed.). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lederman, R., Lederman, E., Work, B. & Mc Cann, D. (1979). The relationship psychological factors in pregnancy to progress in labor. *Nursing Research*, 28, 94-97.

- Lederman, R., Silva, C., López, J. T. & Delabra, M. (2006). Measurement of psychosocial adaptation to pregnancy and postpartum in primigravid women from Monterrey, México. Sesión de Cartel presentada en el X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Buenos Aires, Argentina.
- Misri, Sh., Oberlander, T., Fairbrother, N., Carter, D., Ryan, D., Kuan, A. et al. (2004). Relation Between Prenatal Maternal Mood and Anxiety and Neonatal Health, *Canadiensens. Journal Psiquiatics*, 49(10), 684-689.
- Morales, C. F., Luque, C. M. & Barroso, A. J. M., (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatología y Reproducción Humana*, 16(4), 157-162.
- Nichols, F. & Humenick, S. (1998). *Childbirth Education: Practice, Research and Theory*. Respuestas Psicológicas al Embarazo. Cap. 17. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*, (6ª ed). México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Salvatierra, M. V. (1989). *Psicología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona, España: Martínez, Roca, 2
- Secretaría de Salud [SS] (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. (7ª ed). México: Porrúa.
- Secretaría de Salud [SS] (2000). *Norma Oficial Mexicana para la atención a la mujer en el embarazo, parto y posparto (NOM-007-SSA2-1993)*. México. Recuperado el 14 de Septiembre del 2004, de <http://www.salud.gob.mx>.
- Spielberger, C. & Guerrero, R. (1975). *IDARE: Manual e Instructivo, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. México: El Manual Moderno.
- Torres, G. M. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 285-297.
- Tobal, M. & Cano, V. (1985). Evaluación de Respuestas Fisiológicas, Cognitivas y Motivadoras a la Ansiedad. *Informes de Psicología*, 4, 249-259.

## Apéndices

## Apéndice A

*Cédula de Datos de Identificación*

No. De Encuesta \_\_\_\_\_

Edad en años cumplidos \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Ingreso mensual \_\_\_\_\_

*Características obstétricas*

Semanas de Gestación \_\_\_\_\_

FPP \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico \_\_\_\_\_

Inicio de Control Prenatal \_\_\_\_\_

Número de consultas \_\_\_\_\_



## Apéndice B

*Cuestionario de Auto-Evaluación IDARE*

## Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

Por C.D. Spielberg, R. D. Guerrero

## STAI- FORM X-1

Instrucciones: Algunos comentarios que la gente usa para describirse se encuentran en la lista que sigue. Lea cada comentario cuidadosamente y dibuje un círculo bajo el rótulo que indica cómo se siente ahorita, en este momento. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome mucho tiempo en ninguno de los comentarios, pero escoja la respuesta que mayor describe su estado de ánimo.

Preguntas		No, en lo absoluto (1)	Un poco (2)	Bastante (3)	Mucho (4)
1	Me siento calmada.				
2	Me siento segura.				
3	Estoy tensa.				
4	Estoy contrariada.				
5	Estoy a gusto.				
6	Me siento alterada.				
7	Estoy preocupada actualmente por algún contratiempo.				
8	Me siento descansada.				
9	Me siento ansiosa.				
10	Me siento cómoda.				
11	Tengo confianza en mi misma.				

12	Me siento nerviosa.				
13	Me siento intranquila, desasosegada.				
14	Me siento “a punto de explotar”.				
15	Me siento relajada.				
16	Me siento satisfecha.				
17	Estoy preocupada.				
18	Me siento aturdida y sobreexcitada.				
19	Me siento alegre.				
20	En este momento me siento bien.				

## Apéndice C

## Cuestionario de Autoevaluación Prenatal Lederman (PQES)

*Instrucciones: Las siguientes oraciones han sido elaboradas por mujeres embarazadas para describirse a sí mismas. Lea cada oración y seleccione la respuesta que describe mejor sus sentimientos. Después encierre la letra adecuada enseguida de cada oración.*

*Que tan cierto es para Usted*

	(4) Mucho	(3) Moderado	(2) Algo	(1) Nada
1. Es un buen momento para estar embarazada.				
2. Me agrada ver a padres e hijos juntos.				
3. Puedo tolerar las molestias que he tenido durante el embarazo.				
4. Mi esposo/pareja y yo platicamos del bebé en camino.				
5. Mi esposo/pareja encuentra defectos en mí en el embarazo.				
6. Pienso que criar a los hijos es satisfactorio.				
7. Pienso que debo saber acerca del parto.				
8. Me manejo bien con el dolor.				
9. Me ha costado adaptarme a los cambios del embarazo.				
10. Mi esposo/pareja me entiende (me calma) cuando me enoja.				
11. Me manejo bien con el estrés.				
12. Creo que mi trabajo de parto y mi parto se realizará de forma normal.				
13. Creo que no es necesario prepararse para el parto.				

14. Mi madre muestra interés en el bebé que está en camino.				
15. Tengo confianza para manejarme bien en la mayoría de las situaciones.				
16. Estoy preocupada de que el bebé pueda nacer anormal.				
17. Pienso lo peor cuando siento dolor.				
18. El saber que el parto terminará en algún momento me ayudará a mantener la calma.				
19. Estoy pensando cuidar al bebé.				
20. Mi madre está feliz por mi embarazo.				
21. Mi madre me da consejos útiles.				
22. He disfrutado de este embarazo.				
23. Mi esposo/pareja está interesado en hablar conmigo acerca del embarazo.				
24. Tengo idea de qué esperar durante el trabajo de parto y parto.				
25. Sé que se debe hacer durante las contracciones en el parto.				
26. Estoy lista para el parto				
27. Pienso que los doctores y/o enfermeras no me pondrán atención durante el parto.				
28. Es fácil hablar con mi madre acerca de mis problemas.				
29. Tengo dudas acerca de ser una buena madre.				
30. Pienso que el bebé podría tener problemas.				
31. Mi madre está ansiosa por este nieto.				
32. Estoy contenta por mi embarazo.				

33. Me gusta estar rodeada de niños.				
34. Será difícil combinar el cuidado del bebé con mis otras actividades y compromisos.				
35. Mi esposo/pareja me ayuda en casa cuando lo necesito.				
36. Hablo con mi esposo/pareja sobre cambios en cuanto al sexo durante el embarazo.				
37. Me siento bien cuando estoy con mi madre.				
38. Me estoy preparando para hacer un buen papel durante el parto.				
39. Estoy segura de que perderé la calma durante el parto.				
40. Puedo contar con el apoyo de mi esposo/pareja durante el parto.				
41. Tengo miedo de ser lastimada durante el parto.				
42. Creo que no es divertido cuidar bebés.				
43. Mi esposo/pareja no se interesa en escuchar mis problemas o sentimientos durante el embarazo.				
44. Cuando mi madre y yo estamos juntas discutimos.				
45. Será difícil proporcionar suficiente atención al bebé.				
46. Pienso que el bebé me cansará.				
47. Me siento preparada para lo que suceda durante el parto.				
48. Sé algunas cosas que puedo hacer para ayudarme durante el parto.				

49. Cuando llegue la hora, seré capaz de pujar aunque sea doloroso.				
50. Pienso acerca del tipo de madre que quiero ser.				
51. Estoy nerviosa acerca de posibles complicaciones durante el nacimiento.				
52. Creo que el estrés del parto será demasiado para poder manejarlo.				
53. Creo que puedo soportar las molestias del parto.				
54. Estoy preocupada porque el cuidado del bebé me dejará muy poco tiempo para mí misma.				
55. Mi madre me da seguridad cuando tengo dudas de mí misma.				
56. Creo que estoy bien informada acerca del parto.				
57. Estoy preocupada de que algo salga mal durante el parto.				
58. Es difícil aceptar este embarazo.				
59. Mi madre me motiva a realizar actividades por mi cuenta.				
60. Pienso que mi esposo/pareja se siente bien respecto a los cambios sexuales que hicimos.				
61. Ha sido un embarazo tranquilo hasta ahora.				
62. Preferiría estar embarazada en otro momento.				
63. Estoy preocupada por la posibilidad de perder al bebé durante el parto.				
64. Si me pongo nerviosa será difícil recuperar la calma				

65. Mi madre critica mis decisiones				
66. Puedo tolerar las molestias que he tenido en el embarazo.				
67. Estoy preocupada de que no le pueda gustar yo a mi bebé.				
68. Pienso en las dificultades que puedan presentarse durante el parto.				
69. Este embarazo ha significado frustración para mí.				
70. Puedo contar con mi esposo/pareja para cuidar al bebé.				
71. Tengo confianza en que sea un parto normal.				
72. Creo que el parto es natural y emocionante.				
73. Ya siento que estoy unida a mí bebé.				
74. Este embarazo me es gratificante.				
75. Pienso que podría cumplir como madre.				
76. Me he arrepentido de estar embarazada.				
77. Encuentro muchos aspectos desagradables de este embarazo.				
78. Siento que me agrada el bebé.				
79. Me siento orgullosa de estar embarazada.				

## Apéndice D

*Permiso de Institución de Salud*

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD No. 23  
" Dr. Ignacio Morones Prieto "  
DIRECCION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD

---

Monterrey, N. L. a 4 de Diciembre del 2006

A quién corresponda.

Por este conducto me permito comunicar a Usted, que se le autoriza a la **Lic. IRMA ANGELICA RIVERA ALONSO**. Alumna del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria para que aplique cuestionarios a primigestas que se encuentran en el segundo y tercer trimestre de gestación lo anterior para el proyecto de investigación "**Adaptación psicosocial y ansiedad en primigestas de bajo y alto riesgo obstétrico**"

ATENTAMENTE.  
"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"

DR. RAÚL CORTÉS FLORES  
Director Educación e Investigación  
en Salud





## Apéndice E

### *Consentimiento informado*

#### Introducción y Propósito

Señora, le gustaría participar en un estudio, los datos que usted proporcione serán utilizados para fines científicos, este estudio es con el fin de valorar la adaptación en el embarazo así como la presencia de ansiedad en el mismo, el presente estudio se esta realizando como parte del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería, una materia que es requisito para acreditar la maestría.

#### Procedimientos

Las participantes se seleccionaron de manera aleatoria, en uno y dos, el número estimado de participantes son 212.

Los instrumentos que se utilizarán son dos cuestionarios con un tiempo de 15- 20 minutos (4 minutos y 16 minutos).

#### Riesgos

En este estudio no hay riesgos, ya que no se llevará a cabo ningún procedimiento invasivo.

#### Beneficios

La participante no recibirá retribución alguna sin embargo, los resultados de este estudio ayudarán al personal de enfermería en sus programas a elaborar estrategias que ayuden a que las futuras embarazadas logren adaptarse al proceso mismo del embarazo y a disminuir la presencia de ansiedad.

#### Tratamiento

Este estudio no ofrece tratamiento.

### Participación Voluntaria/Abandono

Su participación en este estudio es voluntaria y en caso de no aceptar o abandonar el mismo no habrá represalias y su atención en la consulta será la misma.

### Preguntas

En caso de que tenga duda sobre la investigación puede acudir a la Facultad de Enfermería de la UANL, en el área de posgrado y preguntar por la Maestra Julia Teresa López España o llamar al tel. 83481847 ext.115

### Confidencialidad

La información que se obtenga en el estudio será confidencial ya que no se pedirán datos personales ni identificación de las participantes.

### CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

La Lic. Irma Angélica Rivera Alonso me ha explicado y dado a conocer el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Lic. Irma Angélica Rivera Alonso

Firma del Participante	Fecha
Firma y nombre del Investigador	Fecha
Firma y nombre del primer Testigo	Fecha
Firma y nombre del Segundo Participante	Fecha

## RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Irma Angélica Rivera Alonso

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

Tesis: ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN  
PRIMIGESTAS DE ALTO Y BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Campo de Estudio: Salud Comunitaria

Biografía: Nacida en San Luis Potosí, SLP., el 08 de Mayo de 1970, hija del Sr.  
Enrique Rivera Palomo y la Sra. Ma. Elva Alonso Guerrero.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la UANL, con el grado de  
Licenciada en Enfermería en el año 1996.

Experiencia Profesional: Maestro instructor de la Facultad de Enfermería desde  
hace 9 años.

E-mail : iangelica\_rivera@yahoo.com.mx