

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



ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO Y NIVELES DE ANSIEDAD
EN DOS GRUPOS DE PRIMIGESTAS

Por
LIC. NORA MARGARITA MUÑOZ COMBS

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

DICIEMBRE, 2006

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



ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO Y NIVELES DE ANSIEDAD
EN DOS GRUPOS DE PRIMIGESTAS

Por

LIC. NORA MARGARITA MUÑOZ COMBS

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

DICIEMBRE, 2006

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



ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO Y NIVELES DE ANSIEDAD
EN DOS GRUPOS DE PRIMIGESTAS

Por:

Lic. Nora Margarita Muñoz Combs

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

DICIEMBRE, 2006

ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO Y NIVELES DE ANSIEDAD
EN DOS GRUPOS DE PRIMIGESTAS

Aprobación de Tesis

ME. Julia Teresa López España
Director de Tesis

ME. Julia Teresa López España
Presidente

Esther C. Gallegos Cabriaes, PhD.
Secretario

Bertha Cecilia Salazar González, PhD.
Vocal

MSP. Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la MSP María Magdalena Alonso Castillo por su compromiso con la superación académica de las enfermeras mexicanas.

A la ME Julia Teresa López España por su dedicación e invaluable conocimientos que tan generosamente compartió.

A Berta Cecilia Salazar González PhD y a Esther Gallegos Cabriaes PhD por su tiempo y enseñanzas para mejorar mi trabajo.

Muy especialmente a la MSP Dora Elia Silva Luna por regalarme su gran experiencia.

A la ME María Guadalupe Moreno Monsiváis por su trato amable y apoyo para alcanzar el éxito.

A las autoridades de la Universidad de Sonora por su apoyo.

A todo el personal docente de la Maestría en Ciencias de Enfermería por su dedicación.

A todo el personal administrativo del área de posgrado e investigación.

Dedicatorias

A mi esposo Dr. Carlos Leonel Avilés Cota por el largo camino que hemos recorrido.

A mis hijas Blanca Norah, Adriana Aitza, Rosa Amelia y Karla Gabriela y a mi hijo Carlos Leonel, por su amor y por enseñarme a ser mamá.

A mis nietos Julio Alejandro, Luis Oscar, María Camila, José Adrián †, Sergio Homero, Paula Adriana, Carlos Adrián, Michelle y Mariana, todos y cada uno, motores de mi vida.

A mis amados y recordados padres Capitán I Cesáreo Muñoz Orduño† y Nora Combs Gutiérrez † por guiarme para disfrutar la vida y amar a la familia por sobre todas las cosas.

A mi compañera de estudios Sandra Lidia Peralta Peña por su amistad y entusiasmo.

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|-------------------------------|--------|
| Capítulo I | |
| Introducción | 1 |
| Marco de referencia | 4 |
| Estudios Relacionados | 7 |
| Definición de Términos | 12 |
| Objetivo General | 13 |
| Objetivos Específicos | 13 |
| Capítulo II | |
| Metodología | 14 |
| Diseño de Estudio | 14 |
| Población, Muestreo y Muestra | 14 |
| Criterios de Inclusión | 15 |
| Instrumentos y Medición | 15 |
| Procedimientos de Recolección | 17 |
| Consideraciones Éticas | 18 |
| Análisis de Resultados | 18 |
| Capítulo III | |
| Resultados | 20 |
| Consistencia Interna | 20 |
| Estadística Descriptiva | 21 |
| Estadística Inferencial | 24 |
| Capítulo IV | |
| Discusión | 28 |
| Conclusiones | 31 |

| | Página |
|--|--------|
| Recomendaciones | 32 |
| Referencias | 33 |
| Apéndices | 37 |
| A Cédula de Identificación | 38 |
| B Cuestionario de Autoevaluación Prenatal de Lederman (PSEQ) | 39 |
| C Cuestionario IDARE AE | 45 |
| D Cuestionario IDARE AR | 47 |
| E Autorizaciones de las Instituciones | 49 |
| F Consentimiento Informado | 51 |

Lista de Tablas

| Tabla | Página |
|---|--------|
| 1. Consistencia interna de los instrumentos | 20 |
| 2. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov –Smirnov de factores sociodemográficos y obstétricos | 22 |
| 3. Estadística descriptiva de niveles y prueba de Kolmogorov-Smirnov de ansiedad y adaptación psicosocial | 23 |
| 4. Distribución de niveles de ansiedad por grupo de primigestas | 24 |
| 5. Correlación entre ansiedad estado y ansiedad rasgo adaptación psicosocial | 25 |
| 6. Niveles de ansiedad estado en diabéticas y no diabéticas | 26 |
| 7. Niveles de ansiedad estado y ocupación de las gestantes | 27 |

RESUMEN

Nora Margarita Muñoz Combs

Fecha de Graduación: Diciembre, 2006

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO Y NIVELES DE ANSIEDAD EN DOS GRUPOS DE PRIMIGESTAS

Número de páginas: 54

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

Área de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y método de estudio: el propósito fue describir la relación entre la ansiedad y la adaptación psicosocial al embarazo en las mujeres primigestas diabéticas y en no diabéticas. El diseño del estudio es de tipo descriptivo y correlacional. El método de muestreo fue por conveniencia, el tamaño de la muestra se calculó mediante el paquete nQuery Advisor 2.0, con un nivel de significancia de 0.05, potencia de 0.90 con un coeficiente de correlación $r = .35$, para un total de 84 mujeres, con las cuales se formaron dos grupos: 40 diabéticas y 44 no diabéticas. Se utilizaron los instrumentos de Autoevaluación Prenatal de Lederman versión en español (Pre-natal Self-Evaluation Questionnaire PSEQ) y el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado IDARE en su versión al español del (STAI, State Trait-Anxiety Inventory).

Contribución y conclusiones: El estudio permitió conocer la relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad estado y rasgo en primigestas diabéticas y no diabéticas. Los resultados muestran una asociación entre adaptación psicosocial y ansiedad estado (AE) ($r = .53, p < .01$) y ansiedad rasgo (AR) ($r = .44, p < .01$), respectivamente. Se encontró diferencia significativa entre el nivel de ansiedad en las primigestas diabéticas y no diabéticas ($\chi^2 6.6, p < .05$), siendo mas marcada en los niveles, muy bajo y bajo. Además, se encontró relación negativa entre edad e identificación con el rol de madre ($r = -.25, p < .05$) y entre escolaridad con preocupaciones del bienestar de ella y su bebé ($r = -.24, p < .05$). Se encontró relación entre ingreso económico con la dimensión relación con el esposo ($r = .269, p < .05$). La AR mostró relación con el ingreso económico y escolaridad ($r = -.254, p < .05$; $r = -.269, p < .01$). Las mujeres que presentan menor adaptación psicosocial al embarazo reportan mayor AE y AR. La dimensión que mostró mayor asociación con ansiedad estado fue relación con la madre y con la ansiedad rasgo fue las preocupaciones por su bienestar y el bebé. Las primigestas con menor edad presentan mayor dificultad para identificarse en el rol de madre que las mujeres mayores. Las mujeres que trabajan fuera del hogar obtuvieron mayor nivel de ansiedad que las mujeres que se dedican solo al hogar.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo 1

Introducción

El primer embarazo es una de las transiciones que modifica la vida de la mujer desde el punto de vista físico, emocional y social; físicamente existen cambios anatómicos estructurales y fisiológicos que se manifiestan en síntomas como: náuseas, vómitos, estreñimiento, dolor lumbar, entre otros. Emocionalmente, se presentan cambios de humor, miedo al desenlace que tanto ella como para su hijo, tendrán del embarazo, además de ambivalencia en aceptar o no al feto. Desde el punto de vista social, la mujer enfrenta cambios en su rol, debido principalmente a que pasa de ser una mujer sin hijo a una con hijo. Este conjunto de cambios estimula la necesidad de un reajuste para la adaptación, que se inicia desde que la mujer se sabe embarazada y termina en el posparto (Burroughs, 1999, Lederman, 1996, p. 1-3).

Lederman (1996, p.19-24) señala a la adaptación psicosocial al primer embarazo, como un proceso cuyo resultado esperado es que la mujer llegue a sentirse preparada y con habilidades para enfrentar la maternidad. Esta condición tiene que ver con las respuestas de la mujer a la aceptación de todos los cambios que conlleva el desarrollo del embarazo y la llegada de un bebé. Así mismo, señala que la adaptación en mujeres con partos previos, se relaciona más con los recuerdos de sus experiencias previas, mientras que en las primigestas son nuevas sensaciones a las que no ha sido expuesta. Por lo que es innegable que el cambio de rol, genera ansiedad.

Toval y Cano (2002) señalan que la ansiedad es una reacción en la que participan casi todos los órganos y funciones corporales, que en conjunto, preparan para la huida ante un inminente peligro. Torres (2004) afirma que en el embarazo debe existir cierto nivel de ansiedad lo que favorece a que la mujer busque ayuda, sin embargo, cuando la ansiedad persiste puede traer efectos nocivos que repercuten en la salud materna y fetal. Entre los efectos nocivos puede afectar el curso del embarazo y la salud del feto (Dole et

al., 2003; Lazalde, Sánchez & Ramírez 2001; Reiler, 2001; Vega & Rodríguez, 2005; Wadhwa, Dunkel-Schetter, Chicz- De Met, Porto & Roesch, 1996).

Otro proceso fisiológico que ocurre en la gestación es la presencia de un estado metabólico único en cuanto a la relación energética y hormonal. La presencia del embrión-feto provoca la utilización continua de glucosa y aminoácidos y a medida que el embarazo avanza, se incrementan las demandas del feto. Lo anterior ocasiona cambios en la adaptación en el metabolismo de la madre, ya que debe mantener una provisión continua de nutrientes para las necesidades de ambos (Mendoza, Morales, Jiménez & Escobedo, 2005; Vega & Pérez, 2005).

En el segundo trimestre del embarazo, los cambios hormonales que ocurren a través de estrógenos, progesterona, prolactina, lactógeno placentario y en especial cortisol, condicionan una etapa de resistencia a la insulina que genera mayor producción de insulina a fin de compensar dicha resistencia. Cuando esta secreción no es suficiente para mantener la glucemia en rango normal, se observa un estado de intolerancia a los carbohidratos denominada diabetes mellitus gestacional (DG). En esta circunstancia, pueden presentarse varias complicaciones en la madre y defectos congénitos en el producto, abortos espontáneos y mortinatos (Aguilar, Morales & Barranco, 1998; García & Rodas, 2002; Mendoza et al., 2005; Varney, Kriebs & Geger, 2006).

La diabetes en el embarazo da lugar a dos tipos de pacientes, la mujer diabética con diagnóstico previo de diabetes mellitus (DM) y la diagnosticada durante su embarazo. Esta última es una complicación común y en México tiene una incidencia que va de 1.6% a 12% de todos los embarazos. Además, la DG constituye en nuestro país la primera causa de hospitalización y consulta y la segunda enfermedad de referencia, con una frecuencia del 25% al 30% (Caraveo et al., 2002; Mendoza et al., 2005). En Sonora, en el año 2005 se atendieron un total de 21,797 partos, por lo que es posible estimar una incidencia de DG de hasta 261 casos en ésta entidad federativa (Servicios de Salud de Sonora, 2006).

La Norma Oficial Mexicana para la atención a la mujer en el embarazo, parto y posparto, define el embarazo de alto riesgo como aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario (Secretaría de Salud [SS] ,1995). La DM y la DG son enfermedades que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto (García & Rodas, 2002).

Es importante reconocer que cuando aparece la condición de alto riesgo por diabetes sin detección previa, la mujer experimenta mayor ansiedad, no sabe como actuar, tiene que asimilar rápidamente la información médica que se le proporciona y actuar en consecuencia para su tratamiento y control. La ansiedad experimentada por la madre puede afectar negativamente el proceso de adaptación a la maternidad y aceptación de la enfermedad (Rodríguez, Muela, García & Rodríguez, 2003).

En la literatura revisada, sólo se encontró un estudio que muestra la variable de ansiedad en la mujer embarazada diabética (Aguilar et al.,1998). De igual forma se encontró información respecto a la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres no diabéticas (Lederman, 1996), pero no se encontraron estudios con resultados de la adaptación psicosocial y ansiedad en embarazadas diabéticas. Por lo que el propósito de este proyecto, es describir la relación entre la ansiedad y la adaptación psicosocial al embarazo, en las mujeres primigestas con diabetes y en primigestas no diabéticas.

Los resultados del presente estudio contribuirán a aumentar el conocimiento sobre la forma en que las primigestas con DM y las primigestas no diabéticas, se ajustan al proceso de adaptación a la maternidad y la relación con los niveles de ansiedad. La enfermera materno infantil podrá utilizar los resultados de este estudio para identificar las posibles causas de ansiedad; de tal manera que pueda incluir temas de las siete dimensiones en la orientación que proporciona a los grupos de embarazadas.

Marco de Referencia

El presente estudio se basa en el Modelo de Adaptación Psicosocial al embarazo de Lederman (1996) y en el concepto de ansiedad de Spielberger y Guerrero (1975).

El modelo de Lederman contempla al primer embarazo como un periodo de transición entre la mujer sin hijo a la mujer con hijo. Durante los nueve meses de gestación, la mujer deberá reemplazar su antigua forma de pensar para prepararse para la llegada de un bebé, el que no puede ser integrado al paradigma de la mujer sin hijo. Cuando los dos roles no pueden ser reconciliados y cuando el proceso para ello requiere de demasiado tiempo como para completarse en nueve meses, el embarazo puede convertirse en un periodo cargado de intensos conflictos y ambivalencia.

Lederman (1996, p.19)) propone siete dimensiones; preocupación por su bienestar y del bebé, aceptación del embarazo, identificación con el papel de madre, preparación para el parto, temor y pérdida del control y desamparo, relación con la madre y relación con el padre. Para explicarse las respuestas de adaptación y de mala adaptación, evaluó las escalas de cada una de las dimensiones entre sí y encontró resultados estadísticamente significativos en las relaciones de las siete dimensiones en diferentes grupos de mujeres sin complicaciones.

La primer dimensión de preocupación por el bienestar de ella y su bebé, se inicia desde el primer momento en que se sabe embarazada. La mujer empieza a tener miedo de que el bebé no pueda lograrse y que ella misma pueda morir durante el embarazo y parto. Muchas de ellas inician con sueños, donde observan al bebé con malformaciones, o donde ellas mueren, por lo cual, la ansiedad aumenta. Además, esto puede incrementarse si alguien cercano a ella ha enfrentado situaciones de bebés con malformaciones o con muertes (Lederman, 1996, p. 282).

La segunda dimensión es la aceptación al embarazo que se refiere a las reacciones de anticipación quizás de euforia, comunes en la grávida que ha buscado la maternidad. Sin embargo, puede tener sentimientos de ambivalencia en cuanto a su

deseo de tener a su hijo. Por un lado, está el avanzar en su ciclo de vida familiar y por otro, el cambio que el bebé pueda ocasionar en su vida como, el trabajo, ratos de ocio, amistades. Además de los problemas con los cambios en su autoimagen, que para unas embarazadas serán cambios agradables y satisfactorios, para otras, las molestias que conllevan el abultamiento del vientre, el aumento de peso, aumento del tamaño de las mamas y la hiperpigmentación de la piel, serán cambios fisiogravídicos que le genera conflicto con su autoestima (Lederman, 1996, pp. 31-53).

La tercera dimensión es la identificación con el rol de madre en la que debe orientar sus esfuerzos hacia su meta, que es precisamente aceptar el rol de la maternidad. Muchas mujeres han sido socializadas desde pequeñas para ser mamás, sin embargo no es suficiente por que debe desarrollar un proceso progresivo, donde la futura madre pasa de ser una mujer con compromisos personales a una unidad madre-hijo. Tiene que comprometerse con otra persona (su bebé), que será dependiente totalmente de ella, pero a la vez, debe reconocer la separación e individualidad del futuro bebé. Algunas mujeres no han considerado el significado del rol maternal hasta que repentinamente se enfrentan al nuevo rol y, como resultado, se genera un gran nivel de ansiedad (Lederman, 1996, pp. 54-89).

La cuarta dimensión de preparación para el parto es cuando una mujer aprende y se prepara para los eventos del parto y se efectúa a través de varios medios, tales como atendiendo clases, leyendo libros y uniéndose a grupos de discusión con otras embarazadas. Tales esfuerzos están salpicados con miedo a lo desconocido, se pregunta como actuará en el parto, como llegará al hospital y si lo hará a tiempo. El parto y la expulsión son un viaje hacia lo desconocido y nadie puede predecir el resultado, por lo que esta dimensión asume la adquisición de autoconfianza (Lederman, 1996, pp. 152-187).

En la quinta dimensión de temor a la pérdida de control y desamparo, la mujer enfrenta todavía con otra paradoja, aun cuando ella piensa que no tiene control sobre sus

contracciones, debe tomar un cierto grado de responsabilidad, actuar bien y amablemente aceptar la ayuda cuando ella la necesite durante las contracciones. Está íntimamente relacionada con la preparación para el parto, el temor puede ser adaptativo o no adaptativo, si éste comienza a ser demasiado confuso. Las asociaciones de dolor pueden disparar miedos acerca de la pérdida del control y una subsiguiente pérdida de autoestima. En nuestra la sociedad el concepto de control tiene un significado especial y este elemento es manifestado en las preocupaciones de las mujeres y en sus temores acerca del parto (Lederman, 1996 pp.219-233).

La sexta dimensión de relación con su madre, consiste en la revalorización de la relación madre-hija. Una mujer que se embaraza por primera vez, naturalmente se refleja en su propia madre y reevalúa la calidad de su relación actual con su madre, considera la posibilidad de una reconciliación empática si existió un conflicto previo; ella ahora reconoce a su madre como un humano con límites. Este proceso de volver a trabajar en la relación madre-hija puede continuar a través del embarazo. Una buena relación con la madre, ayuda a construir un fundamento sólido para identificar su propio rol de la maternidad y también esta asociada con un grado razonable de auto-confianza respecto a la maternidad y con menos miedo y ansiedad en el embarazo y el nacimiento (Lederman, 1996, pp.90-109).

La séptima dimensión es la relación con el esposo, consiste en la preocupación por el futuro rol que tendrá su pareja como padre, así como, la relación marital durante el desarrollo de su embarazo, la mujer no sólo comienza a preocuparse por su futuro rol, sino también por el de su pareja como padre. La futura madre con frecuencia nota que ella, tanto como su esposo, experimentan una sensación creciente de vulnerabilidad durante el desarrollo del embarazo (Lederman, 1996, pp.110-151).

En resumen, la transición a la maternidad es un proceso psicológico cargado con gran cantidad de variables de resistencia y de progreso y si para el término del embarazo la madre no se adaptó al embarazo, puede manifestar un estado de ansiedad cuando se

enfrenta a la inminente llegada del infante, una ansiedad que puede ser intensificada por presiones y expectativas sociales, comenzará a mostrar cada vez más y más nerviosismo y sentirse atrapada y sin escape aparente. Spielberger y Guerrero (1975) afirman que la ansiedad ocurre cuando se pierde el control sobre las emociones, e introdujeron dos precisiones para caracterizarla: ansiedad estado (AE) y ansiedad rasgo (AR).

La AE se concibe como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, caracterizada por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema autónomo. En este tipo de ansiedad, los estados pueden variar de intensidad y fluctuar a través del tiempo. La AR es una propensión a la ansiedad relativamente estable por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Se manifiesta con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado, posee disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos. Existen diferencias entre las personas en su respuesta a situaciones percibidas como amenazantes.

Estudios Relacionados

En esta sección se presentan primero los hallazgos de investigaciones que abordan la dimensiones de la adaptación al embarazo y sus relaciones con la ansiedad. Posteriormente, se muestran hallazgos para la variable ansiedad en las embarazadas diabéticas.

Lederman, Lederman, Work y Cann (1979) con el propósito de conocer la relación entre la adaptación psicosocial y la ansiedad, en una muestra conformada por 32 primigestas de 20 a 32 años, de una clínica donde se ofrecía clases de preparación para el parto. Los resultados de este estudio muestran una correlación positiva ($p < .01$) de ansiedad con diferentes dimensiones: miedo a la pérdida de control ($r = .70$), miedo a

quedarse sin apoyo ($r = .64$), identificación con el rol maternal ($r = .62$) miedo al dolor al parto ($r = .58$), relación con la madre ($r = .51$) y aceptación del embarazo ($r = .33$). Esto representa mayor ansiedad cuando la mujer tiene mayor miedo a la pérdida del control, o estar sola o desamparada; mayor miedo al dolor al parto, a una relación deficiente con su madre y una pobre aceptación de su embarazo. Concluyen los autores que una menor adaptación psicosocial genera mayor ansiedad

En otro estudio de Lederman y Lederman (1979) realizado en una muestra de 119 primigestas y multigestas en su último trimestre de embarazo, en las que se midió el desarrollo prenatal a través de las siete dimensiones que conforman su modelo, las medias obtenidas para cada una fueron: aceptación al embarazo 22.3 ($DE = 7.0$), identificación con el rol de la maternidad 20.2 ($DE = 4.6$), relación con su madre 17.3 ($DE = 6.9$), relación con su esposo 16.2 ($DE = 5.1$), preparación para el parto 15.9 ($DE = 4.5$), temor al dolor soledad y pérdida del control 18.2 ($DE = 4.2$) y preocupación por su bienestar y el bebé 16.5 ($DE = 4.8$). La media que indica mayor problemas de adaptación es la aceptación de su embarazo y en la que menor problemas tuvieron fue en la preparación para el parto.

El estudio de Delabra (2005) cuyo propósito fue determinar la relación entre la preparación para el parto, las preocupaciones sobre sí misma y la ansiedad en embarazadas, en una muestra de 174 primigestas de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, reportó que la media de preparación para el parto fue de 46, ($DE = 18.75$), las preocupaciones sobre sí misma y el bebé la media fue 48.19, ($DE = 18.84$), la media de AE fue 30.49, ($DE = 14.67$) y AR una media de 35.15, ($DE = 15.90$). Las preocupaciones sobre sí misma y el bebé se relacionaron con la AE y AR ($r = -.242, p < .01$; $r = -.220, p < .005$), lo que mostró que a mayor preparación para el parto, menor es la ansiedad, por otro lado, al aumentar las preocupaciones sobre el parto, mayor es la AE y AR en el embarazo ($r = .575, p < .001$, $r = .410, p < .000$). Las correlaciones de las variables del estudio con las variables sociodemográficas, mostraron que las

preocupaciones del parto disminuyen cuando aumenta la edad ($r_s = -.227, p < .01$), la preparación del parto es alta cuando la escolaridad es alta ($r_s = .196, p < .01$) y cuando aumenta la edad, la AE disminuye ($r_s = -.207, p < .01$).

Los resultados del estudio de Lederman, Silva, López y Delabra (2006) realizado en 52 primigestas de bajo riesgo de la ciudad de Monterrey Nuevo León, con el propósito de determinar la relación de la adaptación psicosocial al embarazo, mostraron que la media de la edad fue 21.5 ($DE = 3.7$), el 19.8% trabajan y el 82.2% son amas de casa. Se encontró alta correlación en preparación para el parto y temor a la pérdida del control y desamparo ($r = .68, p < .01$). Otros hallazgos señalan diferencias de medias para ansiedad y aceptación del embarazo según el estado civil ($F = 4.97, p < .01$), la media para las casadas fue 18.36 ± 2.54 y para las que viven en unión libre de 19.29 ± 3.6 . Se encontró una diferencia significativa entre escolaridad y ocupación con preparación para el parto ($F = 6.20, p < .01; t = 2.18, p < .01$) respectivamente. Siendo las mujeres con formación de secundaria las que obtuvieron la media más alta que las universitarias ($\bar{X} = 22.75 \pm 3.65; \bar{X} = 15.00 \pm 3.97$) y las que no trabajan obtuvieron una media mayor que las empleadas ($\bar{X} = 21.93 \pm 3.99, \bar{X} = 15.75 \pm 6.40$).

Gurung, Dunkel, Collins, Rini y Hobel (2005) estudiaron a 453 primigestas con el objetivo de investigar cuales factores psicosociales contribuyen a la ansiedad prenatal. Midieron la ansiedad estado con el escala de ansiedad State-Trait Anxiety Inventory (STAI) en tres ocasiones, aunque sólo describen dos. La primera vez que la midieron, la media de las semanas de gestación de las primigestas fue de 18.39 semanas ($DE = 4.41$) y la tercera vez la media fue 35.80 ($DE = 3.39$) semanas de gestación.

Los resultados muestran correlación negativa con edad ($r = -.13, p < .01$), con el ingreso económico ($r = -.12, p < .01$), el estado civil ($r = -.17, p < .01$), el apoyo por parte del papá ($r = -.18, p < .01$), la actitud hacia el embarazo ($r = .31, p < .01$) y el control de las mujeres en el embarazo ($r = -.17, p < .01$). Por lo que se deduce que en cuanto menor es el registro de estas variables mayor es la ansiedad que presenta la primigesta.

También se encontró una asociación positiva entre la ansiedad con riesgo médico, lo que significa que a mayor riesgo obstétrico, mayor ansiedad ($r = .12, p < .01$). Sin embargo, en el tercer trimestre sólo no se encontró asociación con el riesgo médico y el apoyo de la pareja. También se encontró que las mujeres que no estaban casadas con el padre del bebé ($\beta = -.11, p < .05$) y mujeres con alto riesgo obstétrico, reportaron más ansiedad ($\beta = .13, p < .01$).

Kiel y White (2003) examinaron la relación entre la adaptación maternal durante el embarazo en una muestra no aleatoria de 147 primigestas saludables de los países de Noruega, Suecia y EU., los resultados muestran una relación positiva entre las variables sociodemográficas, familiares y la adaptación maternal. En las noruegas y las estadounidenses se encontró que entre mayor era la edad de la embarazada, mayor la adaptación del embarazo ($r = .40, p < .01$); en contraste entre más joven fuera la madre sueca mayor la sensación de bienestar durante el embarazo ($r = .34, p < .01$). Las de EE.UU. perciben mayor identificación con el rol de maternidad durante el embarazo que las noruegas y suecas [$F 2(144) = 7.77, p < .001$].

Hurtado, Donta, Escribá y Poveda (2003) en su estudio realizado en 138 mujeres españolas embarazadas para determinar su perfil psicológico por estrato socioeconómico, clasificaron a la ansiedad estado como variable psicosocial y a la ansiedad rasgo como variable de personalidad. La ansiedad estado y rasgo, fue calificada como mínima, marcada y alta. La media de edad reportada es de 30.56 ± 5.05 años. En lo referente a la ansiedad estado, los hallazgos muestran que un 60.9% de las mujeres tiene nivel de ansiedad mínima, un 32.6% tiene un nivel marcado y solamente un 6.5% nivel alto. En cuanto a la ansiedad rasgo, la mitad de las mujeres de la muestra tienen nivel mínimo, el 44.9% tiene niveles marcados y solamente el 5.1% altos.

Sánchez, Bermúdez y Buena (2003) evaluaron las diferencias en los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo, en 39 mujeres que se encontraban en el primero, segundo y tercer periodo de gestación. Entre otros instrumentos, utilizaron la escala de

ansiedad State-Trait Anxiety Inventory (STAI). La media para AE fue de 10.75 en el primer trimestre (*DE*, 10.23), en el segundo 14.50 (*DE*, 8.17) y en el tercero 11.15 (*DE*, 6.72), para la AR la media reportada fue de 13 (*DE*, 8.76), 14.50 (*DE*, 8.17) y 16.66 (*DE*, 8.70) para el primero, segundo y tercer trimestre, respectivamente. Los resultados muestran que existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad en función del periodo de gestación ($\chi^2 = 7,88, p < 0,02$), esto significa que en el segundo trimestre el nivel de ansiedad es mayor que en el primero y tercer trimestre.

Wroble (2003) realizó un estudio con el propósito de conocer la relación entre el estrés maternal gestacional y la salud neonatal, en una muestra de 64 mujeres de un hospital de Pennsylvania, utilizando para medir la ansiedad el STAI. Los resultados muestran una correlación negativa de la AE y AR con las siguientes variables sociodemográficas: educación de la madre ($r = -.410, r = -.367, p < .01$), estado marital ($r = -.326, r = -.398, p < .01$) e ingreso económico ($r = -.456, r = -.432, p < .01$). Esto significa que las mujeres al disminuir estas variables presentan mayor ansiedad estado y rasgo.

Aguilar et al. (1998) estudiaron a 200 mujeres embarazadas, 100 diabéticas y 100 no diabéticas, con el propósito de conocer la ansiedad presente en la gestante, se utilizó el IDARE, encontrando los siguientes resultados: la AE en las diabéticas fue de 36.98 ± 9.36 y en las no diabéticas 41.20 ± 10.66 . La media de la AR para las diabéticas fue de 35.39 ± 8.34 , y para las no diabéticas 35.36 ± 9.60 , encontrándose diferencia en la ansiedad estado entre las diabéticas y no diabéticas siendo mayor la ansiedad en éstas últimas ($t = -2.56, p = <.01$).

La revisión de los anteriores estudios muestra resultados de las diferentes dimensiones de la adaptación psicosocial y asociados a la ansiedad, aunque sólo han sido estudiadas en mujeres de bajo riesgo. También se reportan resultados de factores sociodemográficos asociados con alguna dimensión de la adaptación; sin embargo en México sólo se han estudiado dos dimensiones de la adaptación relacionadas con AE y AR en embarazadas sanas. Respecto a estudios en diabéticas y ansiedad, los hallazgos

resultan contradictorios ya que se encontró que las embarazadas sanas presentan mayor ansiedad estado que las diabéticas, cuando lo esperado es lo contrario.

Definición de Términos

Los términos del estudio se definen a continuación: Ansiedad estado: se concibe como un estado o condición emocional transitoria en la mujer embarazada con DM o no diabética, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, concientemente percibidos de tensión y aprensión, así como de una hiperactividad autónoma. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

Ansiedad rasgo: es la tendencia de la condición emocional de la embarazada con DM o no diabética, para responder a situaciones percibidas como amenazantes.

Adaptación psicosocial: son las respuestas de aceptación que experimenta una primigesta con DM o no diabética ante los cambios evolutivos de su embarazo, y que le permiten llevar a cabo un proceso de adaptación para cambiar de rol en su vida, de una mujer sin hijo a una mujer con hijo, en el que se modifican la percepción de su autoimagen, valores, creencias, prioridades, conductas maternas, relaciones con otros y las habilidades para atender a un hijo. Está conformada por siete dimensiones:

1. Aceptación al embarazo: Considerada como la planeación y deseo de la mujer por el embarazo y tolerancia de las molestias propias del embarazo.
2. Identificación con el rol de madre: Es la motivación y preparación para la maternidad, se manifiesta por conductas de vinculación materno-fetal.
3. 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

4. Relación con el esposo/pareja: Vínculo entre la embarazada y su pareja, se manifiesta por preocupación mutua por las necesidades de la pareja y cómo influye el embarazo en la relación.
5. 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
6. Temor a la pérdida del control y desamparo: es la habilidad que tiene la mujer para afrontar la tensión, dolor y mantener el control
7. 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.

ObjetivoGeneral:

Describir la relación entre la ansiedad y adaptación psicosocial al embarazo en primigestas con DM y de primigestas no diabéticas.

ObjetivosEespecíficos

1. Determinar las diferencias de la adaptación psicosocial al embarazo entre las primigestas con DM y en no diabéticas.
2. Identificar las diferencias del nivel de ansiedad estado y rasgo entre las primigestas con DM y en no diabéticas.
3. Identificar la dimensión de la adaptación psicosocial con mayor relación con la ansiedad estado y rasgo en primigestas con DM y en no diabéticas.
4. Describir la relación de los factores sociodemográficos con la adaptación psicosocial y ansiedad estado y rasgo en primigestas con DM y en no diabéticas.

Capítulo II

Metodología

El presente capítulo presenta el diseño del estudio, la población, el plan de muestreo y muestra, instrumentos, procedimientos de recolección de datos, análisis de los datos y las consideraciones éticas observadas en la presente investigación.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio es de tipo descriptivo y correlacional (Polit y Hungler, 1999). Es descriptivo porque describe las características de los participantes y correlacional ya que se precisó la relación entre ansiedad estado, ansiedad rasgo y adaptación psicosocial al embarazo en mujeres gestantes con diabetes gestacional y en mujeres gestantes no diabéticas.

Población, Muestra y Muestreo

La población estuvo conformada por mujeres primigestas diagnosticadas con DM ó con DG y primigestas no diabéticas que acudieron a consulta para el control del embarazo, de dos instituciones públicas de segundo y tercer nivel de atención y de dos consultorios del sector de salud privado de la ciudad de Hermosillo, Sonora.

El método de muestreo fue por conveniencia, las embarazadas con DM se identificaron en la consulta de alto riesgo, y las embarazadas no diabéticas en la consulta de bajo riesgo. El tamaño de muestra se determinó mediante el paquete nQuery advisor 4.0 (Elashoff, Visón, Crede & Fotheringham, 2000), con un nivel de significancia de .05, potencia de .90, para un coeficiente de correlación $r=.35$, lo que dio un total 84 mujeres con las cuales se formaron dos grupos: 40 diabéticas y 44 no diabéticas.

Criterios de Inclusión

Mujeres, que al momento de la entrevista, tuvieran pareja y madre o una mujer que sustituya el rol maternal (abuela, tía y otras).

Instrumentos y Medición

Se utilizaron tres instrumentos y se diseñó un apartado llamado Cédula de Identificación, que se anexó a los instrumentos principales, la cual está conformada por dos secciones: la de datos sociodemográficos y la de datos clínicos y obstétricos. En la primera sección se incluyeron: edad, estado marital, ocupación, ingreso mensual y escolaridad y en la segunda sección se registró la cifra de glucemia, edad gestacional (Apéndice A).

El primer instrumento: Cuestionario de Autoevaluación Prenatal de Lederman (1979) en su versión al español (Pre-natal Self-Evaluation Questionnaire PSEQ) el cual consta de 79 reactivos y tiene como propósito medir las respuestas de aceptación a los cambios evolutivos del embarazo, a través de siete dimensiones psicosociales. Para su medición cuenta con cuatro opciones de respuesta que van del 1 al 4 en donde: 4 corresponde a mucho, 3 a moderado, 2 a algo, 1 corresponde a nada. Este cuestionario ha sido utilizado en población noruega, sueca y estadounidense, reportando un coeficiente Alfa de Cronbach de .79 a .92. (Kiel & White 2003; Lederman, 1996). En población mexicana, se tiene reporte de confiabilidad que oscila entre .68 y .90 (Lederman et al 2006). Además Delabra (2005) encontró Alphas de Cronbach de dos de sus dimensiones: preocupaciones del parto (.69) y en preparación para el parto (.71).

El cuestionario contiene 32 respuestas directas y 47 en las que para ser procesados, la autora recomienda se inviertan los valores: 1- 4, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 18-26, 28, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 47-50, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 70-75, 78 y 79, de tal manera que a menor calificación (79 es la mínima) mayor es la adaptación psicosocial al

embarazo, en caso contrario, una calificación máxima (316 es la más alta), indica deficiente adaptación psicosocial al embarazo (Apéndice B).

El segundo es el Instrumento de Ansiedad Estado y Riesgo denominado Inventario de ansiedad: rasgo-estado IDARE en su versión al español del STAI, de Spielberger y Guerrero (1975) está conformado por dos cuestionarios: de Ansiedad Estado consta de 20 reactivos con las que la embarazada puede describir cómo se siente en el momento de la aplicación, las respuestas se hacen con escala tipo Likert cuatro opciones de respuesta que van del uno al cuatro, donde 1 es igual a no, en lo absoluto; 2 un poco; 3 bastante y 4 mucho. En esta escala al procesar los datos, se invierten los valores de los reactivos 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

El otro cuestionario es el de Ansiedad Rasgo, que mide generalmente cómo se siente generalmente la persona, consta de 20 reactivos y al igual que el anterior, tiene 4 opciones de respuesta donde 1 corresponde a casi nunca, 2 a algunas veces, 3 con frecuencia y 4 casi siempre. Para su procesamiento e interpretación del valor de los reactivos 1, 6, 7, 10, 13, 16 y 19 se invierten. En los dos últimos instrumentos, el puntaje de valores oscila a un mínimo de 20 y un máximo de 80, con lo que a mayor puntaje obtenido, mayor ansiedad. Ambos, se han aplicado en población española, australiana, estadounidense y mexicana, en esta última se obtuvo una consistencia interna con un Alpha de Cronbach de .84 para ansiedad estado y .83 para rasgo (Delabra, 2005) (Apéndice C y D).

Para clasificar a la AE y AR se utilizó los criterios de Izquierdo (2003) que basado en el puntaje del IDARE, propone cinco niveles, si el valor es de 20 a 31 se considera ansiedad muy baja, si el valor es de 32 a 44 es ansiedad baja, si el valor es de 45 a 55 la ansiedad es media, si es de 56 a 67 es ansiedad alta, y por último, si el valor es 68 a 80 la ansiedad se considera muy alta. Cabe aclarar que este autor no excluye aquellos que no presentan ansiedad (valor mínimo de 20) puesto que en el rango muy bajo incluye ese valor.

Procedimiento de Recolección

El estudio contó con la autorización de los comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como de los directivos correspondientes de las instituciones donde se realizó el estudio (Apéndice E).

A las participantes del estudio se les solicitó su participación voluntaria, respetándose la confidencialidad en el manejo de la información. Recibieron información sobre objetivos y características del estudio y se les entregó el formato del consentimiento informado por escrito para su aprobación y firma (Apéndice F).

La investigadora fue quien realizó la aplicación de los cuestionarios en un consultorio donde se respetó la privacidad de las embarazadas. Las mujeres del estudio se seleccionaron de la lista diaria de la consulta de alto riesgo, separando las diagnosticadas con diabetes, para luego, en sus expedientes buscar el dato de primera gesta y obtener la cifra de la glucemia con la que fue diagnosticada en el caso de mujeres con DM ó DG.

A las embarazadas no diabéticas, se les preguntó directamente mientras esperaban su consulta de control y se seleccionaron a las que cumplían con los criterios de inclusión. A ambos grupos se les entrevistó y aplicó la encuesta mientras esperaban la consulta, cuidando en todo momento que no perdieran su turno.

La autora del estudio entregó una hoja conteniendo las opciones de respuesta de los cuestionarios de: Lederman y Spielberger, les leyó cuidadosamente todas las preguntas a cada una de las participantes y procedió al llenado de los instrumentos. Se revisaron cuidadosamente los cuestionarios antes de dar por terminada la entrevista, verificando que estuvieran completamente contestados.

Para la aplicación de la encuesta se empleó únicamente papel y lápiz.

Consideraciones Éticas

La presente investigación es considerada de riesgo mínimo porque se aplicaron pruebas psicológicas para las participantes según lo considerado en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud [SS] 1987). Se tomó en cuenta lo establecido en el Título II de los aspectos éticos de la investigación en los seres humanos, del Capítulo I, en diferentes artículos. Durante la aplicación de las encuestas no presentaron ningún tipo de reacciones emocionales por parte de las entrevistadas.

Durante el estudio prevaleció el respeto a la 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. Previo a la aplicación de los cuestionarios se contó con el consentimiento informado y por escrito de las embarazadas según artículo 20, 21 y 22.

Para proteger la privacidad de las participantes, los instrumentos no llevaron nombre ni dirección y antes de firmarlo, se ofreció explicación clara y completa, de tal forma que pudieran comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos del trabajo: La justificación y los objetivos de la investigación, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se crearan prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, según las fracciones I, VI, VII y VIII. Por último, el consentimiento informado se formuló por escrito.

Análisis de Resultados

Para el procesamiento de la información se utilizó el Statistical Package for the

Social Sciences (SPSS) versión 11.0. Se obtuvo Alfa de Crombach para obtener la consistencia interna de los instrumentos de medición y la prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocerla distribución de los datos. Para el análisis de las variables de interés, se empleó la estadística descriptiva e inferencial en particular la *r Pearson*.

Para el objetivo general de describir la relación entre la ansiedad y adaptación psicosocial al embarazo en primigestas con DM y no diabéticas se usó el coeficiente de correlación *r* de *Pearson*.

Respecto a los objetivos uno que es determinar las diferencias de la adaptación psicosocial al embarazo entre primigestas diabéticas y no diabéticas se utilizó *t de Student*. Para el objetivo dos, que es determinar la diferencia entre el nivel ansiedad estado y rasgo entre las diabéticas y no diabéticas se utilizó la χ^2 . Para el objetivo tres identificar la dimensión de la adaptación psicosocial con mayor relación con la ansiedad estado y rasgo en primigestas con DM y en no diabéticas, se aplicó *r de Pearson*.

En el objetivo cuatro describir la relación de los factores sociodemográficos con la adaptación psicosocial y ansiedad estado y rasgo en primigestas con DM y en no diabéticas, se utilizó los estadísticos *r de Spearman* y χ^2 .

Capítulo III

Resultados

En este apartado se presentan los resultados del estudio en el siguiente orden; primero se presentan los datos de la consistencia interna de los instrumentos de medición, enseguida la estadística descriptiva y posteriormente la estadística inferencial.

La tabla uno muestra la consistencia interna de los instrumentos empleados: PSEQ de Lederman con sus correspondientes dimensiones, IDARE ansiedad estado e IDARE ansiedad rasgo, los resultados señalan consistencia interna aceptable (Burns & Grove, 1997).

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

| Instrumento | Reactivos | Alpha de Crombach |
|---|-----------|-------------------|
| IDARE ansiedad estado | 20 | .84 |
| IDARE ansiedad rasgo | 20 | .76 |
| Cuestionario PSEQ total | 79 | .90 |
| Subescala Preocupación por su bienestar y el bebé | 10 | .81 |
| Subescala Aceptación del embarazo | 14 | .78 |
| Subescala Identificación con el papel de madre | 15 | .77 |
| Subescala Preparación para el parto | 10 | .75 |
| Subescala Temor a la pérdida de control | 10 | .58 |
| Subescala Relación con la madre | 10 | .60 |
| Subescala Relación con el esposo | 10 | .62 |

Fuente: PSEQ, IDARE

$n = 84$

Estadística Descriptivas, Datos Sociodemográficos y Obstétricos

Respecto a algunas características sociodemográficas de las embarazadas encuestadas se observó que el 47.6% son primigestas diabéticas y el 52.4% no diabéticas. Respecto al estado civil el 67.9 % es casada y 32.1% viven en unión libre. En cuanto a la ocupación las amas de casa representan el 58.3%, el 28.6. % son empleadas, 7.0% son estudiantes, 3.6% obreras, 2.4 % tienen negocio propio y 1.2% son domésticas. La media de la edad fue 22.9 años (DE 3.43), la media de la glucemia fue de 148.7 (DE 17.91) y corresponde al promedio empleado para el diagnóstico de diabetes gestacional . La media del ingreso económico mensual fue de \$6,213.00 (DE 36.55) que representa 4.5 veces el salario mínimo de la zona “B” del estado de Sonora. Para la escolaridad en años se encontró una media de 10.62 (DE 2.87). En las mujeres del estudio se encontró una media de 29 semanas (DE .65) de edad gestacional que indica que se encuentran al final del segundo trimestre. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov a los datos sociodemográficos y obstétricos, el resultado se describe en la tabla 2; donde destaca que sólo la edad mostró normalidad en su distribución.

Tabla 2

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov- Smirnov de factores sociodemográficos y obstétricos

| Variable | <i>n</i> | \bar{X} | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>Valor mínimo</i> | <i>Valor máximo</i> | <i>D</i> | <i>p</i> |
|-----------------------------|----------|-----------|------------|-----------|---------------------|---------------------|----------|----------|
| Edad | 84 | 22.19 | 22.00 | 3.43 | 16 | 3.43 | 1.20 | 0.11 |
| Escolaridad en años | 84 | 10.62 | 10 | 2.87 | 4 | 2.87 | 1.42 | 0.03 |
| Ingreso económico en pesos | 84 | 6213 | 5000.00 | 36.55 | 2400.00 | 36.55 | 2.17 | 0.01 |
| Edad gestacional en semanas | 84 | 29 | 35.00 | .65 | 12 | .65 | 1.60 | 0.01 |
| Glucemia | 40 | 148.7 | 144.50 | 17.91 | 126 | 234 | 1.87 | 0.01 |

Fuente: Cédula de identificación

La estadística descriptiva muestra que las medias de ansiedad estado y ansiedad rasgo son muy parecidas; ambas se encuentra en el punto medio del valor total de los instrumentos. La adaptación psicosocial general se encuentra por debajo de la media del valor total del instrumento. La dimensión integrante de la adaptación psicosocial que mostró calificaciones de menor adaptación psicosocial fue la de preocupación por su bienestar y su bebé, y la de mayor adaptación fue; relación con su madre. La prueba de *Kolmogorov-Smirnov* muestra normalidad en la población estudiada, excepto en las dimensiones del PSEQ relación con la madre y relación con el esposo. Por lo que se decide utilizar pruebas paramétricas para la correlación (Tabla 3).

Tabla 3

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov- Smirnov de ansiedad y adaptación psicosocial

| Variable | \bar{X} | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>Valor mínimo</i> | <i>Valor máximo</i> | <i>D</i> | <i>p</i> |
|---|-----------|------------|-----------|---------------------|---------------------|----------|----------|
| Ansiedad estado | 37.60 | 38 | 9.62 | 20 | 71 | .651 | .791 |
| Ansiedad rasgo | 37.53 | 37.50 | 8.20 | 24 | 59 | .793 | .556 |
| Adaptación psicosocial general | 135.53 | 134.50 | 21.75 | 90 | 232 | .602 | .862 |
| Preocupación por su bienestar y el bebé | 27.10 | 27 | 6.53 | 12 | 37 | .696 | .718 |
| Aceptación del embarazo | 20.69 | 20 | 5.07 | 14 | 46 | 1.16 | .137 |
| Identificación con el papel de madre | 24.70 | 23.50 | 4.72 | 17 | 46 | 1.29 | .759 |
| Preparación para el parto | 19.76 | 19 | 5.13 | 10 | 34 | .759 | .612 |
| Temor a la pérdida de control y desamparo | 18.30 | 19 | 4.45 | 10 | 30 | .959 | 2.249 |
| Relación con la madre | 13.58 | 12 | 5.20 | 10 | 34 | 2.25 | .001 |
| Relación con el esposo | 17.64 | 16 | 3.98 | 10 | 29 | 1.68 | .007 |

Fuente: PSEQ, IDARE

n = 84

Al clasificarla en niveles la AE se encontró que predominó la ansiedad baja en las diabéticas y en las no diabéticas la ansiedad muy baja. Para la AR, en ambos grupos de mujeres predominó la ansiedad baja (Tabla 4).

Tabla 4

Distribución de niveles de ansiedad por grupo de primigestas

| Niveles | Ansiedad estado | | | | Ansiedad rasgo | | | |
|-------------------|-----------------|-------|---------------|-------|----------------|-------|---------------|-------|
| | Diabéticas | | No diabéticas | | Diabéticas | | No diabéticas | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Ansiedad muy baja | 7 | 17.5 | 19 | 43.13 | 12 | 30.00 | 11 | 25.00 |
| Ansiedad baja | 25 | 62.50 | 16 | 36.32 | 23 | 57.50 | 24 | 54.48 |
| Ansiedad media | 6 | 15.00 | 7 | 15.89 | 4 | 10.00 | 6 | 13.62 |
| Ansiedad alta | 2 | 5.00 | 1 | 2.27 | 1 | 2.5 | 3 | 6.80 |
| Ansiedad muy alta | 0 | 0 | 1 | 2.27 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: IDARE

n = 84

Estadística inferencial

Para dar respuesta al objetivo general que señala describir la relación entre la ansiedad y adaptación psicosocial al embarazo, los resultados muestran una correlación positiva, lo que significa a mayor ansiedad mayor puntaje de adaptación, lo que representa que es menor la adaptación. Para el objetivo tres; identificar la dimensión psicosocial con mayor relación con la AE y AR, la correlación mas fuerte fue entre la AE y AR y con dos dimensiones de la adaptación psicosocial, relación con la madre y preocupación del bienestar de ella y su bebé (Tabla 5).

Tabla 5

Correlación de ansiedad estado y ansiedad rasgo y adaptación psicosocial al embarazo

| Variable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|----|
| 1. Ansiedad estado | 1 | | | | | | | | | |
| 2. Ansiedad rasgo | .53** | 1 | | | | | | | | |
| 3. Adaptación general | .58** | .44** | 1 | | | | | | | |
| 4. Preocupación por el bienestar y bebé | .42** | .46** | .55** | 1 | | | | | | |
| 5. Aceptación del embarazo | .33** | .30** | .60** | .24* | 1 | | | | | |
| 6. Identificación con el papel de madre | .23** | .26* | .48** | .08 | .39** | 1 | | | | |
| 7. Preparación del parto | .32** | .07 | .59** | .07 | .105 | .25* | 1 | | | |
| 8. Temor a la pérdida del control | .34** | .31** | .77** | .31** | .49** | .35** | .54** | 1 | | |
| 9. Relación con la madre | .47** | .16 | .48** | .15 | .36** | .15 | .18 | .41** | 1 | |
| 10. Relación con el esposo | .35** | .36** | .56** | .23* | .30** | .23* | .30** | .37** | .19 | 1 |

Fuente: PSEQ, IDARE

n =84

** = $p, < .01$, * = $p, < .05$

Respecto al objetivo uno sobre las diferencias en la adaptación psicosocial entre las diabéticas y las no diabéticas, sólo se obtuvo diferencia significativa, en la dimensión del PSEQ preocupación por el bienestar de ella y de su hijo, donde quienes tuvieron el puntaje mayor fueron las diabéticas ($\bar{X} = 28.67, DE = 6.74$) lo que significa que éstas tienen mayor problema de adaptación en esta dimensión que las no diabéticas ($\bar{X} = 25.68, DE = 6.06, t(82) = 2.14, p < .05$).

Respecto al objetivo dos que pretende identificar las diferencias de AE y AR en las primigestas diabéticas y no diabéticas, no se encontró diferencia significativa, por lo tanto, se reorganizaron en tres niveles. Posteriormente, se aplicó una ji cuadrada y la diferencia mostró que las diabéticas, son quienes presentan mayor nivel de ansiedad baja. Las no diabéticas presentan mayor nivel muy baja (Tabla 6).

Tabla 6

Niveles de ansiedad estado en diabéticas y no diabéticas

| Nivel de ansiedad | <i>Diabética</i> | <i>No diabética</i> | χ^2 | <i>gl</i> | <i>p</i> |
|------------------------|------------------|---------------------|----------|-----------|----------|
| | % | % | | | |
| Muy baja | 8.30 | 22.60 | 7.39 | 2 | .025 |
| Baja | 29.80 | 19.00 | | | |
| Media, alta y muy alta | 9.5 | 10.7 | | | |

Fuente: PSEQ, IDARE

n =84

Para el objetivo cuatro que pidió describir la relación de los factores sociodemográficos con la adaptación psicosocial y la AE y AR, los resultados mostraron

relación negativa entre edad e identificación con el rol de madre ($r_s = -.25, p < .05$) y entre escolaridad con preocupaciones del bienestar de ella y su bebé ($r_s = -.24, p < .05$) lo que sugiere que a menor edad y escolaridad menor adaptación. Así mismo, se encontró relación entre ingreso económico con la dimensión relación con el esposo ($r = .269, p < .05$). Lo que sugiere que a menor ingreso económico, mayor dificultad en la relación con el esposo. Respecto a la relación de ansiedad con los factores sociodemográficos, la AR mostró relación con el ingreso económico y escolaridad ($r = -.254, p < .05; r = -.269, p < .01$) lo que sugiere a menor ingreso económico y escolaridad, mayor la ansiedad rasgo.

Para la variable ocupación se reagruparon de cinco categorías a dos: ama de casa y no ama de casa y se encontró relación significativa sólo en la AE con la ocupación, siendo las amas de casa las que presentan mayor nivel de ansiedad que las no amas de casa (Tabla 7).

Tabla 7

Niveles de ansiedad estado y ocupación de las gestantes

| Nivel de ansiedad | No ama de casa | Ama de casa | χ^2 | <i>gl</i> | <i>p</i> |
|------------------------|----------------|-------------|----------|-----------|----------|
| | % | % | | | |
| Muy baja | 17.5 | 43.18 | 7.39 | 2 | .025 |
| Baja | 62.5 | 36.36 | | | |
| Media, alta y muy alta | 20 | 20.45 | | | |

Fuente: IDARE

n = 84

Capítulo IV

Discusión

Este capítulo presenta la discusión de los resultados en función de los postulados teóricos del Modelo de Adaptación Psicosocial al Embarazo propuestos por Lederman (1996) que incluye un instrumento diseñado por ella. Los postulados de la autora que se relacionan con este estudio son: a) a menor adaptación mayor ansiedad en la primigesta, b) las siete tareas o dimensiones implicadas en la adaptación se interrelacionan entre sí, c) las dimensiones más críticas son la relación con la madre y la identificación con el rol de madre dado que una buena relación con la madre, ayuda a construir un fundamento sólido para identificar su propio rol de la maternidad y a su vez d) una buena identificación con el rol de madre se asocia con menos preocupaciones con el bienestar de ella y del bebé. En ese sentido una buena relación madre-hija confiere a la primigesta un grado razonable de autoconfianza respecto a la maternidad y a su vez con menos miedo al embarazo y nacimiento.

Los resultados de este estudio muestran que a mayor ansiedad estado y rasgo presentada por la primigesta, menor adaptación psicosocial al embarazo. Este dato concuerda teóricamente con lo postulado por Lederman (1996, p.5-6) y empíricamente con los datos de Lederman (1979), Lederman y Lederman (1979), Lederman, Silva, López y Delabra (2006).

Sin embargo la ansiedad rasgo no mostró una relación significativa con dos de las dimensiones de la adaptación psicosocial; preparación del parto y relación con la madre. Lo anterior puede explicarse porque la ansiedad rasgo es una condición personal más estable y no varía por estas dos dimensiones. Estos resultados difieren con Delabra (2005). Una diferencia es que ella estudió a primigestas de bajo riesgo obstétrico, en cambio en este estudio tal vez el grupo de diabéticas no contemplaba terminar en parto.

En la diabética es más probable que el embarazo culmine en cesárea, por lo que al conocer lo anterior, las preocupaciones sobre el parto disminuyen.

Referente a la relación con la madre el no encontrar asociación con la ansiedad rasgo, puede deberse a que la media obtenida en esta dimensión fue muy baja, lo que significa que la relación con la mamá es buena, por lo que no es un factor de ansiedad. Además, puede deberse a que al saber la mamá e hija que el embarazo es de riesgo, muestran mayor interés la una con la otra y por lo tanto su relación mejora (García & Rodas, 2005; Lederman, 1996, p. 90-108).

Se encontraron correlaciones entre algunas de las siete dimensiones de adaptación psicosocial al embarazo, pero no entre las dimensiones que Lederman señala más críticas; relación con la madre y la identificación con el rol de madre. La relación con la madre mostró medias que sugieren adaptación en cambio la identificación de rol de madre mostró medias que sugieren menos adaptación, tal vez esto último este influido por el hecho de que algunas primigestas presentaban DM y DG y por lo tanto se perciban diferente a su madre y con posibilidad de complicación lo que puede hacer que la percepción de sí misma sobre su capacidad de madre sea deficiente. En consecuencia puede sentirse incapaz de cuidar adecuadamente a su bebé de tal manera que las preocupaciones por ella y su bebé se incrementan. Este postulado teórico de Lederman no se cumplió en estas participantes.

Respecto a las diferencias de la adaptación entre las diabéticas y la no diabéticas, los resultados muestran que solo en la dimensión preocupación por el bienestar de ella y su bebé, presentó diferencias significativas. Esto puede explicarse debido a que las diabéticas tienden a tener mayor número de complicaciones que las primigestas no diabéticas, situación que eleva el riesgo de morir de madre e hijo (Aguilar et al., 1998).

Referente a la clasificación de la ansiedad por niveles, los hallazgos de este estudio mostraron que solo había diferencias en la AE entre las no diabéticas y en las diabéticas, predominando en las diabéticas. Lo anterior coincide en parte con Gurung et

al. (2005); García y Rodas (2002); Rodríguez et al. (2004) y Wroble (2003), quienes señalan que las mujeres que tenían riesgo médico, presentan más ansiedad que las mujeres de bajo riesgo, y las diabéticas pueden ser consideradas de alto riesgo. Sin embargo Gurung, señala que al ir avanzando el embarazo, la ansiedad va disminuyendo, esto no se pudo afirmar en este estudio, ya que no se encontró relación entre AE y edad gestacional.

Otra explicación puede ser que las mujeres diabéticas de este estudio fue formado por mujeres con DM y con DG y si predominaron éstas últimas, probablemente este diagnóstico lo perciban como un evento transitorio y no como un evento permanente (Spielberger y Guerrero, 1975). Además, Hurtado et al. (2005); Toval y Cano (2002) revelan que la ansiedad afecta al estado emocional de la embarazada, por los resultados esperados del embarazo en sus repercusiones en el bebé.

Un punto que es importante de señalar, es que todas las primigestas no diabéticas presentaron en su mayoría ansiedad, aunque este haya sido en el nivel muy bajo, esto no significa que estén presentando una problemática, ya que la clasificación de Izquierdo (2003) incluye aquellas que no tienen ansiedad.

En relación con los factores sociodemográficos y la adaptación psicosocial se encontró que las primigestas con menor edad tienen mayor dificultad para identificarse con el rol de madre que las mujeres mayores y que las mujeres de menor escolaridad tienen mayor preocupaciones por el bienestar de ellas y su bebé. Estos resultados coinciden en parte con los de Kiel y White (2003) que señalan que las mujeres con menor edad presentan menor adaptación al embarazo, solo que en este estudio solo fue con una dimensión de la adaptación psicosocial. Esto puede explicarse por el tamaño de la muestra, dado que es pequeña, o bien por la edad, ya que una mujer muy joven es de esperarse que no acepta del todo ser madre, por lo que se le dificulta su adaptación.

Otro hallazgo fue que las mujeres que reportaron menor ingreso económico tenían mayor problema en la relación con el esposo, esto puede deberse a que la mujer

cuando tiene menor ingresos, percibe inseguridad financiera en el futuro de ella y su bebé y al exigirle o plantearle las necesidades a la pareja, provoque mayor tensión entre ellos. En este estudio no se encontraron diferencias en la aceptación del embarazo entre las casadas y las que viven en unión libre, mientras que Lederman et al (2006) sí encontró diferencias significativas, tal situación puede ser atribuible a las diferencias de la muestra estudiada, las de este estudio tienen mayor nivel de escolaridad y mayor ingreso económico que las de Lederman, es posible que esto les permita mayor independencia y no busquen el matrimonio como la única forma para tener hijos.

Respecto a los factores socioculturales y ansiedad, este estudio encontró que las mujeres con menor ingreso económico y escolaridad presentaron mayor ansiedad. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Gurung et al. (2005) y Wroble (2003). Lo anterior se explica porque al no contar con los recursos económicos para el parto y sentirse menos preparada para el cuidado de su bebé, se inquietan elevando su ansiedad (Lederman et al., 1979; Lederman et al 2006).

También se reportó que los niveles de ansiedad estado son mayores con las mujeres que trabajan que las que se dedican al hogar. Este resultado no ha sido reportado en ninguno de los estudios considerados para esta investigación. Sin embargo se puede explicar porque el trabajo fuera de casa tiene diferentes fuentes de estresores que pueden ocasionar que la mujer embarazada aumente más su ansiedad, respecto a las mujeres que están en el hogar. Además, el grupo de las que trabajan tienen que desempeñar el rol de amas de casa al regresar al hogar, lo que aumenta la ansiedad.

Conclusiones

Las mujeres que presentan menor adaptación psicosocial al embarazo reportan mayor AE y AR. Solo se encontró diferencias en el nivel estado en los dos grupos de primigestas. Las mujeres diabéticas obtuvieron mayor preocupación por el bienestar de

ellas y su bebé, que las no diabéticas. La dimensión de la adaptación psicosocial que mostró mayor asociación con ansiedad estado fue relación con la madre y con la ansiedad rasgo fue las preocupaciones del bienestar de ella y su bebé. La AR no se asoció con las dimensiones preparación para el parto y la relación con su madre. Las primigestas diabéticas con menor ingreso y con menor escolaridad presentaron mayor preocupación por ellas y el bebé.

Las primigestas con menor edad presentan mayor dificultades para identificarse en el rol de madre que las mujeres mayores. Las mujeres con menos ingresos económicos presentan mayor dificultad en su relación con su pareja y las mujeres que trabajan fuera del hogar obtuvieron mayor nivel de ansiedad que las mujeres que se dedican solo al hogar.

Recomendaciones

Se recomienda repetir el estudio en población mayor para conocer si los datos obtenidos se mantienen o si en poblaciones mayores se modifican. Además puede realizarse en pacientes primigestas con otra complicación para conocer si se repite el mismo fenómeno. Además, hacer estudios comparativos entre diabéticas y no diabéticas con características similares.

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.
- Burns, N. & Grove, K. (1997). The practice of nursing research. (3^a ed.). W.B. Saunders Company. Philadelphia EU. 327
- Burroughs, A. (1999). Enfermería materno infantil. (7^a ed.). McGraw-Hill, Interamericana. México. p.63
- Caraveo, E., Tavano, C., Valdés, R., Sabido, M., Kaufer, H., Pizano, Z. et al. (2002). Evaluación de un desayuno como prueba tamiz para la detección de diabetes gestacional. *Ginecología y Obstetricia de México*. 70(3): 112-117.
- Delabra, S. (2005). *Preparación para el parto preocupaciones sobre el parto y ansiedad en el embarazo*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Dole, N., Savitz, A., Hertz-Picciotto, I., Siega, A., McMahon, M. & Buekens, P. (2003). Maternal stress and preterm birth. *American Journal of Epidemiology* 157 (1): 14-24.
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M. & Fotheringham, N. (2000). nQuery Advisor Copyright.
- García, J., H. & Rodas, L., MC. (2002). Morbilidad en el recién nacido con fetopatía diabética. *Revista Medica IMSS* 40 (1):5-10.
- Gurung, R., Dunkel, Ch., Collins, N., Rini, Ch. & Hobel, C.(2005) Predictores psicosociales de ansiedad prenatal. *Journal of Social and Clinical Psychology* (24), 497-519

- Hurtado, F., Donta, F., Escrivá, P. & Poveda, C. (2003). La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 66. p. 32-46
- Izquierdo, R. (2003). Niveles de ansiedad en atletas de alto rendimiento. Recuperado de http://w.w.psicocentro.com/agi.bing_articulo.
- Kiel, E. M. & White, A.M. (2003). Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and the United States. *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci.* 17 96-103
- Lazalde, B., Sánchez, U., R. & Ramírez, D.(2001). Diabetes mellitus gestacional y malformaciones congénitas. *Ginecología y Obstetricia de México*. 69(10) 399-405. Base de datos Artemisa versión 10. Material recuperado el 18 de agosto 2005.
- Lederman, R. (1996). Psychosocial adaptation in pregnancy .Assesment of seven dimensions of maternal development. (2^a ed.). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lederman, R. & Lederman, E. (1979) The development of a prenatal self-evaluation questionnaire of the measurement of seven psychological dimensions. Documento presented at the annual meeting of the council of Nurse Researchers, San Antonio Texas, EE. UU.
- Lederman, R., Lederman, E., Work, B. & Mc Cann, D. (1979). The relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor. *Nursing Research*, 28, 94-97.
- Lederman, R., Silva, C. López, E. & Delabra, M. (2006). Measurement of phychosial adaptation to pregnancy and postpartum in primigravid women from Monterrey, México. Sesión de cartel presentado en el X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Buenos Aires, Argentina..

- Mendoza, M., Morales, M., Jiménez, P. & Escobedo, A. (2005). Retraso en la madurez pulmonar fetal en embarazadas complicada con diabetes gestacional. *Ginecología y obstetricia de México*. 73 (4) 183-193.
- Polit, D. & Hungler, B. (1999). Investigación científica en ciencias de la salud. (6ª ed). McGraw-Hill Interamericana.
- Reiler, J. (2001). Influence of maternal stress on fetal behavior and brain development. *Biology of neonatal*, 79 (3-4): 168-171.
- Rodríguez, L., Muela, J., García, A., & Rodríguez, R. (2004). Adhesión autoinformada de las embarazadas con diabetes gestacional al tratamiento después de un programa de educación diabetológica: Relación con la ansiedad y algunas variables sociodemográficas. *Enfermería Clínica*; 14 (6) 318-27.
- Sánchez, A., Bermúdez, M. & Buela, G. (2003). Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, (2) 2-3.
- Secretaría de Salud [SS], (1995). *Norma Oficial Mexicana para la atención a la mujer en el embarazo, parto y posparto (NOM-007-SSA 2- 1993)*. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx>.
- Secretaría de Salud Reglamento de la Ley general de Salud. Investigación para la Salud. (1987). Recuperado de www.ssa.gob.mx/cabeza.html.
- Servicios de salud de Sonora. 2006. Coordinación de Equidad y Género y Salud Reproductiva. Departamento de Estadística. Recuperado de <http://www.saludsonora.gob.mx/>
- Spielberger, C. & Guerrero, R. (1975). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Brees. 8-19.
- Torres, G., M. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 33 (3) 285-297.
- Toval, J. & Cano, V. (2002). Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): manual/inventory of situations and responses of anxiety (ISRA). Manual (5).

Madrid, España. P.76-89

Varney H., Kriebs, J. & Geger, C. (2006). Partería profesional. (4^a ed.) OPS, OMS
Washington, D:C: 20037. Ingramex, México, D.F.

Vega, M. E. & Pérez, P.E. (2005). Fisiopatología de la diabetes gestacional. *Diabetes
Hoy para el Médico y el Profesional de la Salud.* (3)42-49.

Vega, M., E. & Rodríguez, A., J. (2005). Diabetes gestacional: impacto en el feto y en el
recién nacido. *Diabetes Hoy para el Médico y el Profesional de la Salud.* 6 (1):
1356-1360.

Wadhwa, Dunkel-Schetter, Chicz- De Met, Porto & Roesch, (1996), Prenatal
Psychosocial Factors and the Neuroendocrine axis in Human Pregnancy.
Psychosom Medical. (58):432-446.

Wroble, B. M. C., (2003). *Maternal stress during pregnancy: the relation between
maternal stress, gestational complications, and neonatal health.* Disertación
doctoral no publicada, University de Pittsburg, EEUU.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Identificación

Número _____

Edad _____

Clínica _____

fecha _____

Ocupación: ama de casa _____

Obrera _____

Empleada _____

Negocio propio _____

Doméstica _____

Estudiante _____

Ingreso económico mensual _____

Escolaridad _____

Datos ginecoobstétricos:

Cifra de curva de tolerancia (o glicemia) _____

Edad gestacional: _____ semanas

Apéndice B

Cuestionario de Autoevaluación Prenatal Lederman (PSEQ)

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) Moderad | (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 gratificante. | | | | |
| 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 enojo. | | | | |
| 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 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 clama 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 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 mi 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 C

CUESTIONARIO IDARE AE

Lee cada frase y marca el cuadro en el número que indique como te sientes AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas, no emplees demasiado tiempo en cada frase y contesta marcando la respuesta que mejor describa tu situación presente.

| 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 D

IDARE AR

Lee cada frase y marca en el cuadro el número que indique como te SIENTES GENERALMENTE. No hay respuestas buenas ni malas, no emplees demasiado tiempo en cada frase y contesta marcando la respuesta que mejor describa como te sientes generalmente

| Preguntas | | Casi nunca 1 | Algunas veces 2 | Con frecuencia 3 | Casi siempre 4 |
|-----------|---|--------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|
| 1 | Me siento bien | | | | |
| 2 | Me canso fácilmente | | | | |
| 3 | Siento ganas de llorar | | | | |
| 4 | Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo | | | | |
| 5 | Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente | | | | |
| 6 | Me siento descansado | | | | |
| 7 | Soy una persona tranquila, serena y sosegada | | | | |
| 8 | Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas | | | | |
| 9 | Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | | | | |
| 10 | Soy feliz | | | | |
| 11 | Suelo tomar las cosas demasiado seriamente | | | | |
| 12 | Me falta confianza en mi mismo | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| 13 | Me siento seguro | | | | |
| 14 | No suelo afrontar las crisis o las dificultades | | | | |
| 15 | Me siento triste | | | | |
| 16 | Me siento satisfecho | | | | |
| 17 | Me rondan y molestan pensamientos sin importancia | | | | |
| 18 | Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos | | | | |
| 19 | Soy una persona estable | | | | |
| 20 | Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado | | | | |

Apéndice E

Autorizaciones de las Instituciones



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO PEDIATRÍA
Hospital Auxiliar de Fisiología y Ginecología



COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN N° 26.09

Hermosillo, Sonora, a 25 de Julio 2006.

LIC. ENF. NORA MARGARITA MUÑOZ COMBS
Investigadora

El Comité Local De Investigación en Salud N° 26.09, del Hospital de Gineco Pediatría
Tiene el agrado de notificarle que su proyecto de investigación titulado:

“Ansiedad Estado y adaptación psicosocial al embarazo en mujeres gestantes con diabetes mellitus y en mujeres gestantes de bajo riesgo”

Después de una evaluación pormenorizada ha determinado, que su proyecto de investigación cumple con los requisitos, de acuerdo a las Normas y Guías Internacionales y del IMSS relacionados a la elaboración y elementos que constituyen un proyecto de investigación en seres humanos, por lo que el protocolo es: **APROBADO**, para su puesta en práctica, con asignación del :

Número de Registro del Dictamen: R – 2006 – 2609 – 7.

Requisito que la Ley General de Salud establece para la realización de Investigación en Salud y que le confiere la responsabilidad de su seguimiento a información.

Se le solicita atentamente que presente ante el Comité Local de Investigación en Salud un informe periódico de avances: CADA SEIS MESES.
Se le notifica así mismo que su proyecto será auditado en una fecha aun no determinada, misma que se le dará a conocer con una semana de anticipación.

ATENTAMENTE

DRA. OLIVIA E. JIMENEZ RODRIGUEZ
PRESIDENTA COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

JSNE



**COMITÉ DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION.**

Hermosillo, Son., 24 de Abril de 2006.

C. M. Ed. Rosa María Tinajero González
Jefa del Departamento de Enfermería
De la Universidad de Sonora
C i u d a d -

Por medio del presente me permito comunicar a Usted, que el Proyecto intitulado "Relación entre los Niveles de Ansiedad y la Adaptación Psicosocial al Embarazo en Mujeres primigestas con Diabetes Gestacional", ha implementarse por la Lic. En Enf. Norah Margarita Muñoz Combs, sido analizado no encontrándose desde el punto de vista metodológico inconvenientes para su realización en esta Institución.

Agradeciendo de antemano su atención, me despido de Usted, enviándole cordiales saludos.

Atentamente,


Dr. Ricardo Franco Hernández
Coordinador del Comité.



C.c.p.- Expediente.

'Rozg'

Apéndice F

Consentimiento Informado

Título del Proyecto: relación entre adaptación psicosocial y ansiedad en mujeres primigestas con diabetes gestacional y mujeres primigestas no diabéticas

Estudiante Investigadora: Lic. Nora Margarita Muñoz Combs

Directora de Tesis: ME Julia Teresa López España

Co-Asesores de Tesis: Ph Bertha Cecilia Salazar González

Ph Esther C. Gallegos Cabriales PhD

Prólogo:

Estamos interesadas en conocer la ansiedad y su relación con la adaptación psicosocial en mujeres embarazadas con diabetes mellitus y no diabéticas, por lo que le estamos invitando a participar. Antes de decidir, necesita saber el propósito del estudio, cómo este estudio le puede ayudar, cuales son los riesgos y lo que debe de hacer después de dar tu aprobación. Este proceso se llama “consentimiento informado”. Este formulario le explicará el objetivo del estudio, si da su consentimiento para participar, se le solicitará que firme esta forma.

Propósito del Estudio:

El objetivo del presente estudio es conocer la relación entre la ansiedad y la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres embarazadas con diabetes gestacional y embarazadas no diabéticas de Hermosillo, Sonora. La información que comparta con la investigadora, será de utilidad para conocer el comportamiento de la ansiedad y la adaptación materna de las mujeres embarazadas y los resultados servirán para apoyar el trabajo de las enfermeras en el área materno infantil.

Descripción del Estudio y Procedimiento:

Si acepta participar en este estudio, le pediremos que haga lo siguiente: responder un cuestionario integrado por 130 preguntas, dirigidas a conocer sus características personales, sus percepciones acerca del embarazo, como se siente ahora y como se siente generalmente. El tiempo estimado para completar el cuestionario es de 45 a 60 minutos.

Riesgos e Inquietudes:

No existen riesgos relacionados con la participación en este estudio. Sin embargo, puede sentirse incomodo hablando de temas que podrían parecerle delicados. Si es su decisión, puede retirarse del estudio.

Costos:

No hay costo ninguno para Ud. en participar en este estudio.

Pago por Participación:

No recibirá pago por su participación.

Autorización para el uso y Distribución de la Información para la Investigación:

Las únicas personas que sabrán que está será la persona que la entrevista. Ninguna información sobre Ud. o dada por Ud. durante la investigación será distribuida a otros, de ninguna manera sus respuestas pueden ser identificadas, ya que en el cuestionario a responder, no se solicitará su nombre o dirección.

Las opiniones e ideas que exprese en el cuestionario serán totalmente confidenciales. La necesidad de respetar la confidencialidad de todos será enfatizada por los miembros del grupo investigador. Si los resultados de la investigación son

publicados o discutidos en alguna conferencia, ninguna información estará incluida sobre su persona.

El Comité de Ética (CE) de la Universidad de Autónoma de Nuevo León puede examinar la información colectada por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El CE ha sido creado para proteger los intereses de las personas que participan en investigaciones y otros estudios.

Derecho a Retratar:

Su participación en este estudio es voluntaria. Su decisión a participar o no participar no afectará tu relación actual o futura con su hospital. Si decide participar, está en libertad para retractarte en cualquier momento sin que esto afecte esa relación.

Preguntas:

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese a la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL al Teléfono 83-48-63-28 Si tienes alguna pregunta sobre este estudio en particular, por favor comuníquese con:

Lic. Nora Margarita Muñoz Combs

Dirección: Universidad de Sonora. Departamento de Enfermería

Blvd. Luis Encinas y Rosales

Telefono Fax : 2 59 21 65

CONSENTIMIENTO

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído la información en esta forma y todas mis preguntas han sido respondidas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Firma del Participante

Fecha

Testigo del Procedimiento de Consentimiento*

Fecha

*Solo necesario si la persona es analfabeta, ciega o no puede firmar por si misma

Firma del Investigador

Fecha

Resumen Autobiográfico

Candidato para obtener el Grado de Maestría en
Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria

Tesis: ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO Y NIVELES DE ANSIEDAD
EN DOS GRUPOS DE PRIMIGESTAS

Área de estudio: Salud Comunitaria

Biografía: Nacida en Martínez de la Torre, Veracruz el 2 de febrero de 1946, hija del señor Cesáreo Muñoz Orduño† y la señora Nora Combs Gutiérrez †.

Egresada del Escuela de Enfermería de la Universidad de Sonora con el grado de Licenciada en Enfermería en el año de 1991.

Experiencia Profesional: Jefe del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora 1995-1999

Maestra de Tiempo Completo, Titular A del departamento de Enfermería Universidad de Sonora desde 1980 a la fecha.

Email: combsmaragrita46@hotmail.com, noraenfermeria@uison.mx